BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1854-1855.

TOME CINQUIÈME.



90029

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

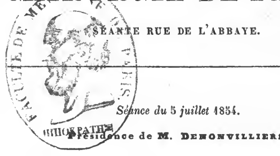
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1855

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS


FACULTÉ DE MÉD... BIBLIOTHÈQUE

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 5 juillet 1854.

Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ad. Richard écrit pour annoncer qu'il se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante devant la Société.

— M. le docteur Ph. Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, envoie à la Société la nouvelle édition du *Traité des maladies chirurgicales*, en demandant le titre de membre honoraire. (Commission : MM. Larrey, Denonvilliers et Cullerier.)

— M. Forget demande un congé pour cause de santé. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. Debout fait hommage du XLVIe volume de son *Bulletin de Thérapeutique*. (Remercîments.)

LECTURE.

M. Verneuil lit un rapport au nom de la commission chargée de juger les mémoires envoyés pour le prix Verrier sur l'*action du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des hémorrhoïdes*.

Les conclusions de la commission sont :

1° Que le prix soit accordé à l'auteur du mémoire qui porte pour devise : « *La critique est aisée.* »

2° Qu'une mention honorable soit accordée à l'auteur du mémoire qui porte pour devise : « *Ita res accendunt lumina rebus.* »

Ces propositions ayant été adoptées, les paquets cachetés ayant été ouverts, on reconnaît que l'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et l'auteur du mémoire à qui est décernée la mention honorable est M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La Société décide, en outre, que le travail de M. Desgranges sera imprimé dans ses Mémoires.

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. Marjolin, secrétaire général, pour lire le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1854, et une notice biographique sur Pravaz, membre correspondant, décédé en 1853.

Messieurs et chers collègues,

Lorsqu'une année touche à sa fin, quel est celui d'entre nous dont l'esprit ne s'est jamais reporté vers le temps qui vient de s'écouler? Ce retour sur le passé, si naturel à l'homme, toute société bien organisée doit le faire chaque année dans un but de perfectionnement. Dans cet instant de repos, d'un seul coup d'œil, l'esprit, embrassant tout ce qu'une année a produit, signale et les progrès et les lacunes, et indique à l'avance les points vers lesquels devront converger les recherches.

L'année dernière, lorsque dans un compte rendu très succinct j'essayais de réunir l'ensemble de tous les travaux de la Société de chirurgie depuis sa fondation, j'ai dû sacrifier tous les détails et m'attacher surtout à démontrer que pendant ces dix années il était bien peu de points de la pathologie externe qui n'eussent fait le sujet de vos recherches. Moins pressé aujourd'hui, il me sera permis de vous présenter un résumé, sinon complet, au moins plus détaillé, de vos travaux pendant cette onzième année, qui marquera autant par la gravité des questions agitées que par le soin et la persévérance que vous aurez mis à les étudier.

Puissé-je par ce simple exposé prouver que la Société de chirurgie a rendu quelques services, c'est là toute mon ambition; puissé-je trouver dans ce sentiment assez de force pour remplir dignement la tâche difficile et honorable que votre amitié a bien voulu me confier!

Cette année, les questions générales de l'anesthésie, de la syphilis, de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes et des varices ont occupé un si grand nombre de séances, que souvent nous avons été privés d'entendre des communications intéressantes, et que plusieurs rapports terminés n'ont pu être livrés à la discussion.

Si, malgré tous vos efforts, ces questions importantes ne sont pas encore résolues, du moins il vous a été donné de fixer l'état aotuel de la science sur certains points et de réunir en un seul faisceau bien des éléments épars.

De l'anesthésie. — De tous les sujets que vous avez abordés, celui qui a occupé la plus grande place dans vos discussions o'est certainement l'anesthésie. Lorsque cette question vous fut soumise, nous étions tous sous une triste impression ; plusieurs malades avaient succombé après l'emploi du chloroforme administré par des praticiens prudents et instruits. D'un côté, on invoquait des conseils pour prévenir de nouveaux accidents, et, de l'autre, on faisait en quelque sorte appel à votre équité pour savoir jusqu'à quel degré le médecin peut être responsable des accidents de l'anesthésie. C'était une question doublement grave, à laquelle vous avez répondu avec un zèle et une impartialité que chacun s'est empressé de reconnaître. Quelque délicate que soit ma tâche de revenir sur l'ensemble d'une discussion si vaste, je vais faire en sorte de vous en retracer fidèlement les points principaux.

A peine le monde savant était-il informé des succès obtenus en Amérique à l'aide de l'éther, que chacun voulut jouir de ce bénéfice. Une voie nouvelle était ouverte, chacun s'y précipita sans guide ni boussole. Qu'avait-on à craindre ? la douleur n'existait plus. Ce ne fut que lorsque des milliers d'individus eurent constaté par eux-mêmes ce nouveau bienfait de la science qu'il y eut de l'hésitation ; cette foule, qui naguère courait au-devant des opérateurs, s'arrêta. Que se passait-il donc ? C'est que la mort s'était montrée ; c'est que tel qui n'avait osé affronter une douleur de quelques secondes avait été reporté mort chez lui : quelques instants avaient suffi pour transformer en un cadavre un être qui présentait toutes les apparences de la santé.

Dans les premiers temps, l'application de l'anesthésie avait devancé son étude ; on avait presque joué avec l'éther et le chloroforme, on s'en était amusé dans le monde, et ce qui est vraiment inouï, c'est que, malgré tant d'imprudences, il ne soit pas arrivé d'accidents.

Pour des hommes de l'art habitués à envisager les phénomènes vitaux, l'absence de la pensée, la paralysie du sentiment, cette espèce de léthargie, étaient un état trop sérieux pour ne pas éveiller leur attention ; aussi chaque opération redoubla leurs anxiétés. Malgré leur imperfection, les expériences sur les animaux avaient prouvé que l'anesthésie a ses limites, et qu'il ne fallait qu'un instant pour causer la

mort. Plus les recherches se multipliaient, plus les craintes augmentaient, et ce fut un jour bien pénible pour tous lorsqu'on vint annoncer les premiers accidents ; chacun sentit bien qu'il n'était pas à l'abri d'un semblable malheur.

Chacun de nous désirait voir la question de l'anesthésie à l'ordre du jour, et personne n'osait l'aborder ; il ne fallut rien moins que deux de ces accidents terribles pour la faire en quelque sorte surgir de force. Consultée sur la marche à suivre pour prévenir les accidents, consultée sur la question de responsabilité médicale, la Société de chirurgie nomma une commission dont M. Robert fut l'organe. Le premier rapport qu'il vous soumit souleva de nombreuses objections, auxquelles il répondit dans un savant mémoire qui lui valut de votre part des remercîments unanimes ; ajoutons, et cette récompense a dû être bien douce à notre collègue, quelque précipitation qu'il ait mise dans son premier travail, il a puissamment contribué à sauvegarder la responsabilité médicale dans cette grave question.

Il y a eu dans l'histoire de l'anesthésie deux périodes bien distinctes : celle de l'éther et celle du chloroforme. La première n'a été en quelque sorte que passagère, si on la compare à la seconde, et le nombre des praticiens restés fidèles à cette méthode est aujourd'hui tellement restreint, que ce n'est que par comparaison, et non comme méthode généralement employée, qu'on a cité l'éthérisation.

Le premier point auquel M. Robert s'est attaché a été l'étude des causes des accidents ; pour cela il a répété toutes les expériences antérieurement faites, afin de se rendre compte des diverses théories émises, et c'est après toutes ces recherches, jointes aux résultats de son observation, qu'il s'est demandé si, outre les causes de danger déjà signalées, il n'existait pas chez quelques individus une aptitude particulière, une sorte d'idiosyncrasie. Après un examen très impartial de tout ce qui peut faire naître les accidents, il a discuté avec une grande netteté la part séparée ou collective que prend dans les circonstances fâcheuses chacun de ces grands centres d'action de l'organisme que Bichat a si justement nommés le trépied vital, et a exposé ensuite tous les signes indiqués comme avant-coureurs d'une fin prochaine.

Tous ces points étaient d'autant plus importants à faire connaître, que des opinions diamétralement opposées s'étaient produites, et qu'il fallait sortir du doute ; or aujourd'hui il est bien démontré que toutes les fois qu'on a recours à l'anesthésie il faut toujours surveiller attentivement l'état du pouls et de la respiration assez longtemps encore après qu'on a cessé les inhalations du chloroforme. En suivant ces

précautions sera-t-on à l'abri de tout danger? Malheureusement non, car les faits semblent démontrer que chez quelques personnes il existe réellement une prédisposition fatale qui les précipite vers la mort d'une manière si brusque, si insidieuse, que l'opérateur le plus attentif peut à peine en saisir le moindre indice.

M. Robert avait d'abord recherché les accidents qui se rattachent à une cause purement physiologique; plus tard il a abordé ceux qui tiennent au chloroforme lui-même ou au mode d'inhalation. Doit-on revenir à l'éther? est-il nécessaire que le chloroforme réunisse certaines conditions chimiques? faut-il le mélanger avec de l'éther ou de l'alcool? les autres liquides anesthésiants sont-ils préférables? Toutes ces questions, il les a non-seulement présentées, mais étudiées avec grand soin, et réduites à leur véritable valeur.

C'était bien quelque chose d'être sur la trace des causes des accidents, mais il fallait plus, il fallait les moyens de les combattre avec succès; si la mort était foudroyante, le secours devait être instantané. Les moyens ne manquaient pas; ils affluaient. Etaient-ils bons? dans quel ordre devait-on les employer? C'étaient de nouvelles questions à élucider. Basés pour la plupart sur l'idée qu'on s'était faite de la nature des accidents, ces moyens devaient avoir un caractère tout aussi opposé; aussi avons-nous vu lors de la discussion les mêmes adversaires soutenir avec la même fermeté les moyens qu'ils proposaient, comme ils avaient soutenu la cause de l'asphyxie ou de la syncope.

Il était bien impossible, après de semblables débats, de pouvoir formuler une proposition. Mais il fut avéré pour tout le monde que suivant la nature des accidents il y avait des remèdes préférables; que ces remèdes devaient se succéder dans un ordre déterminé, et que plusieurs pouvaient être employés simultanément sans se nuire.

On s'est étonné de la longueur de cette discussion. Pouvait-il en être autrement, lorsque dans une question de pure pratique personne ne s'accordait sur la manière d'administrer le chloroforme, et que les opinions différaient sur le degré d'anesthésie qu'on devait atteindre? Fallait-il se borner, comme l'a conseillé M. Baudens, à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles? Mais il est évident que si on suivait ce conseil l'anesthésie serait plus nuisible qu'utile, et on s'exposerait, comme l'a dit M. Sédillot, à voir un malade tout couvert de sang s'échapper des mains de l'opérateur. Pour que l'anesthésie profite, il faut autant que possible obtenir une résolution complète; c'est aujourd'hui un fait bien reconnu.

Cela étant admis, on est arrivé au meilleur mode d'inhalation. Là

il n'y a pas un accord aussi général. Tout a été dit sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode, tous les appareils ont été étudiés; et chacun est resté avec ses convictions. Il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas un moyen précis de mesurer les quantités de chloroforme absorbées; il en sera ainsi tant que chacun de nous n'aura pas eu d'accidents avec le procédé qui lui a toujours réussi.

Certes ce n'était pas trop de près d'une année pour étudier une semblable question, quand on pense qu'on était sur le point de repousser comme funeste l'anesthésie, ce nouveau bienfait de la science, qui, après avoir été entrevu dès l'époque de Théodoric, ne reparaissait sous une nouvelle forme que pour faire mettre en cause la responsabilité médicale.

Pour réhabiliter en quelque sorte l'anesthésie, il a fallu établir la faible proportion entre le nombre des morts accidentelles et le nombre des personnes chloroformées, et prouver par des chiffres que depuis cette découverte les insuccès dans les grandes opérations étaient moins fréquents que par le passé. Alors seulement on a repris courage, sans toutefois oublier que ce moyen est d'autant plus dangereux qu'il est plus puissant. Devait-on maintenant rendre le chirurgien responsable des malheurs qui peuvent arriver? Si on eût accepté oette jurisprudence, désormais il aurait fallu renoncer à toute idée de progrès. Il était trop important pour le magistrat de savoir à quoi s'en tenir sur ces accusations trop souvent suscitées par d'indignes passions, et de pouvoir prononcer un arrêt basé sur l'opinion d'hommes compétents. Ce résultat, vous l'avez obtenu, car pour quiconque lira votre discussion il est évident que le chloroforme, employé même par la personne la plus prudente, peut exposer le malade à des accidents mortels.

De l'anesthésie locale. — Le trouble qu'avait fait naître dans la pensée des plus fermes toute la discussion sur l'anesthésie générale, ces craintes que quelques-uns n'osaient avouer dans un vote, mais qu'ils partageaient réellement, devaient donner une importance manifeste à l'anesthésie localisée; aussi la Société a-t-elle accueilli avec empressement la communication de M. Richet.

Notre collègue, ayant exposé le résumé des recherches expérimentales faites en France et à l'étranger, nous a fait connaître ce qu'il avait observé lui-même.

Après avoir employé sans succès sur huit malades la liqueur hollandaise vantée par M. Nunneley (de Leeds), il avait eu recours au chloroforme, qui ne lui avait pas mieux réussi; peu encouragé par ces tentatives, il les avait abandonnées, lorsque les essais de M. Hardy

(de Dublin), confirmés par M. Moissenet et les observations de M. Guérard, lui firent faire de nouvelles recherches. Cette fois il ne se servit pas de vapeurs de chloroforme, comme MM. Hardy et Moissenet, il versa de l'éther sulfurique sur la partie malade, et, à l'exemple de M. Guérard, il activa son évaporation par un courant d'air continu.

Les observations faites sur ce sujet par notre collègue sont d'autant plus intéressantes que malheureusement il s'est trouvé dans le cas d'en faire sur lui-même. Ayant été obligé de s'ouvrir un abcès de la main suite d'une piqûre, il a pu se rendre compte de toutes les sensations qu'il éprouvait; de plus, sur une autre malade, il a pu également vérifier la remarque communiquée par notre honorable collègue M. J. Roux (de Toulon), c'est que le contact de l'éther sur les surfaces traumatiques n'est pas douloureux.

Maintenant que ce soit par absorption ou à l'instar des réfrigérants que l'action de l'éther ait lieu, ce qui est constant c'est que l'anesthésie locale a été obtenue par M. Richet et quelques autres praticiens. Toutefois il faut ajouter que les mêmes essais, répétés avec soin par plusieurs membres de la Société, n'ont pas présenté des résultats aussi satisfaisants. Il y a donc sur ce sujet d'intéressantes recherches à faire; car, si on ne peut obtenir dans tous les cas une anesthésie locale complète, ce serait déjà beaucoup de pouvoir amoindrir la douleur.

Anesthésie obstétricale. — Le résumé de vos travaux sur l'anesthésie serait incomplet si je ne vous disais quelques mots de la discussion sur l'anesthésie obstétricale soulevée par le mémoire très recommandable de notre collègue M. le docteur Houzelot. M. Laborie, chargé du rapport, a saisi l'occasion de développer devant vous cette importante question d'obstétrique, presque entièrement délaissée en France depuis la communication faite à l'Académie de médecine par M. le professeur P. Dubois.

M. Laborie, après s'être demandé pourquoi les accoucheurs français avaient montré si peu d'empressement pour une pratique aujourd'hui si largement acceptée en Angleterre, s'est efforcé de démontrer que les craintes qu'avait fait naître la réserve du savant professeur d'accouchements n'étaient peut-être pas justifiées et qu'il n'y avait pas d'inconvénient à admettre l'anesthésie pour atténuer les douleurs de l'accouchement. Ce n'est, en effet, qu'à dose atténuante que notre collègue conseille l'emploi du chloroforme; il considère cette pratique comme bienfaisante, non-seulement parce que, diminuant les douleurs, elle soustrait les femmes aux conséquences funestes qui en sont la suite lorsqu'elles sont excessives ou qu'elles se prolongent, mais parce que,

suivant lui, dans certains cas le travail peut se modifier avantageusement. Seulement il veut que les inhalations soient intermittentes, comme la douleur, et qu'elles n'aillent jamais au delà de l'atténuation de la sensibilité.

Après avoir entendu ce rapport très consciencieux, la Société désirait beaucoup connaître l'opinion de celui de ses membres dont les connaissances obstétricales sont si justement appréciées. M. Danyau a dit de suite que sur certains points son opinion se rapprochait de celle de M. Laborie, mais il s'est montré bien plus réservé dans ses conclusions. Il lui a suffi de quinze cas observés par lui-même à la Maternité pour que son opinion fût arrêtée, et vous avez dû concevoir comment notre collègue s'est contenté d'un si petit nombre, c'est qu'aucune des circonstances à noter n'a échappé à son attention. Ayant à appliquer un moyen dangereux dans le but de diminuer les douleurs d'un acte naturel, il a tenu compte de toutes les plus petites circonstances normales ou anomales, et, après les avoir pesées dans sa prudence éclairée, il a pu vous dire : Oui, c'est vrai, les malades ont été heureuses de cette délivrance, et il ne s'en est suivi rien de fâcheux pour elles ou pour leurs enfants ; mais ce que j'ai pu faire dans un hôpital entouré d'aides intelligents, vous sera-t-il donné de le faire en ville? Si deux fois sur quinze les mouvements involontaires des membres, revenant à chaque contraction utérine, ont été très gênants pour la personne chargée de soutenir le périnée, comment fera-t-on quand on sera tout seul ? Et enfin si deux fois, malgré l'emploi de l'appareil de M. Charrière, modifié par M. Robert, et une surveillance de chaque instant, l'anesthésie atténuante a été dépassée, dès lors ne sera-t-on pas exposé à tous ses accidents si funestes ?

On conçoit les justes appréhensions de notre collègue, lorsqu'on se rappelle le fait cité par M. Boinet dans la discussion générale de l'anesthésie ; aussi, en posant des conclusions très sages, il les a terminées par cette phrase qui résume on ne peut mieux le fond de sa pensée :

« Des essais dans le sens que je viens d'indiquer peuvent être en-
» couragés, mais seulement chez les femmes qui en feront la demande
» expresse et, bien entendu, en l'absence de toute contre-indication. »

Maintenant que j'ai fait en sorte de reproduire les principales phases de ce débat, faut-il dire qu'on aurait dû ajourner la discussion et attendre ? Nullement, c'était une question d'urgence, et, malgré toutes les lacunes qu'il reste à combler, soyez bien certains que vous avez déjà prévenu bien des accidents.

Syphilis. — A l'époque où la Société de chirurgie condamnait justement l'idée de la syphilisation, un médecin instruit, placé à la tête du service du Syphilocome de Turin, publiait sous le titre suivant le résultat de ses recherches : *De la syphilisation considérée comme méthode curative et comme moyen prophylactique dans les affections vénériennes.* Cet ouvrage important, que M. Sperino vous a adressé, a été examiné par M. Cullerier, qui, tout en rendant hommage au caractère de l'auteur, a su dire toute la vérité sur cette triste innovation.

Revenant, dans son rapport, sur ce que la Société de chirurgie avait déjà pensé d'un premier essai, il a dit avec raison que dans la science elle n'admettait pas les votes de sentiment, et que lorsqu'elle avait repoussé cette doctrine comme épouvantable, elle avait agi avec pleine et entière connaissance, et qu'en cela, loin de s'opposer aux progrès de la science, elle ramenait dans une voie saine quelques esprits trop prompts à s'égarer.

Après ce début, notre collègue a insisté sur la différence qui sépare la syphilisation de l'inoculation faite dans le seul but d'éclairer le diagnostic, tandis que M. Sperino tend à les confondre et à couvrir en quelque sorte sa méthode de l'autorité du nom de Hunter.

Plus un ouvrage a eu de retentissement, plus il est nécessaire, lorsqu'il contient des erreurs, de les mettre en évidence. Aussi notre collègue n'a pas craint de démontrer combien le médecin piémontais s'écartait des doctrines généralement adoptées en France, et d'attaquer son opinion, qui attribue aux diverses méthodes thérapeutiques reçues des lésions qui sont, au contraire, la conséquence du principe syphilitique.

Il y a un point sur lequel M. Cullerier a insisté, c'est la prétention inqualifiable que les syphilisateurs ont de mettre en parallèle le prétendu traitement de la syphilisation avec les traitements réguliers par le mercure ou l'iodure de potassium. En analysant toutes les observations, il a prouvé que dans près de la moitié des cas cités de guérisons obtenues par la syphilisation, il y avait toujours eu, à une époque quelconque, un traitement fait par les préparations mercurielles ou iodées; et cependant, pour notre confrère de Turin, l'iodure de potassium est toujours insuffisant pour guérir radicalement la syphilis. Quant au mercure, la série des accidents qu'il lui attribue dépasse tout ce qu'on peut imaginer.

Reste donc le véritable moyen curatif, la syphilisation. Chose étrange! M. Sperino lui-même doute de sa puissance; il le dit en termes for-

mels : *si quelquefois il y a immunité*, ce qui est encore à prouver, *elle n'est que temporaire.*

Peut-on maintenant qualifier d'immunité le triste privilége dont semblent jouir pendant quelque temps des filles dont le nom, à une certaine époque, disparaît des relevés de police? Ne peut-on pas croire qu'avec l'âge, et à leurs dépens, elles ont acquis de l'expérience, et qu'elles s'exposent plus rarement à une contagion évidente? Pour obtenir si peu, fallait-il s'exposer à un traitement cent fois plus grave que le mal? Au commencement, M. Sperino n'avait pas craint d'employer la syphilisation même dans les cas les plus simples; mais à la fin son opinion s'est modifiée; il la réserve pour quelques cas de syphilis constitutionnelle. Du reste, hâtons-nous de le répéter avec M. Cullerier, jamais il n'a inoculé la syphilis sur des sujets sains; il va même plus loin, il condamne d'une manière absolue la syphilisation préventive.

Notre collègue avait à juger un travail sérieux, il l'a fait avec talent et sans prévention; et son rapport a été justement apprécié non-seulement ici, mais à l'étranger, où il a eu les honneurs de la traduction.

L'idée de la syphilisation a conduit à un autre rêve. Vous savez tous ce que l'on dit dans les maladies incurables, qu'il ne faut jamais se rebuter, qu'il faut essayer de tout; c'est peut-être ce qui a engagé un de nos collègues étrangers à appliquer la syphilisation à la cure du cancer. Il faut lui pardonner sa théorie en faveur de l'intention. Si je cite ce travail, c'est seulement au point de vue historique, et pour que personne ne soit jamais tenté de le remettre à l'étude. L'addition d'une triste maladie à une autre plus cruelle encore ne sera jamais un moyen de traitement rationnel.

La syphilis est-elle héréditaire dans toutes ses périodes; et, en admettant qu'elle le soit, quelle est l'influence prédominante du père ou de la mère dans l'hérédité? telle est l'importante question qui vous a été soumise tout récemment par M. Cullerier, qui vous a fait part de son opinion sur ce sujet, dans un mémoire aussi sérieux que spirituel. Quelque difficile que soit la solution de ce problème, qui peut avoir de l'importance au point de vue médico-légal, vous avez dû voir par la discussion que c'est plus qu'une question de théorie, et qu'il y a là une responsabilité médicale bien grande dans les conseils à donner. Vous comprenez enfin toute la réserve qu'il faut apporter dans ses réponses lorsqu'on est consulté sur l'origine de la maladie de la mère ou des enfants, car il ne s'agit de rien moins que de conserver l'honneur et la santé d'une famille.

Trop d'arguments, trop de doutes se sont produits pour que je puisse

les résumer; mais, comme l'a fort bien dit M. Michon à la fin de la discussion, il y a là tout un élément de recherches nouvelles, et quelle que soit la difficulté pour arriver à la vérité, il faut vérifier toutes les assertions qui se sont produites de part et d'autre, non plus s'en tenir à des souvenirs parfois un peu vagues, mais tenir un compte exact de tous les faits nouveaux.

De l'emploi du perchlorure de fer en chirurgie. — En abordant cette troisième question si importante de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes ou des varices, notre souvenir se reporte vers le collègue que nous avons perdu et dont le nom est désormais intimement uni à cette belle découverte.

A peine Pravaz avait-il fait connaître ses expériences, que les observations les plus curieuses affluaient de toutes parts et témoignaient hautement par leurs résultats de la nécessité de poursuivre avec soin l'étude de ce nouvel agent ; c'est ce que vous avez fait en accueillant et en discutant avec réserve les faits qui vous étaient soumis et en vous livrant à de nombreuses expériences sur les animaux. Certes, si une découverte devait susciter de l'enthousiasme, c'était bien celle qui menaçait de bouleverser une partie de la médecine opératoire ; il n'en fut cependant rien, il n'y eut ni enthousiasme ni prévention : vous avez examiné les faits heureux et malheureux, en vous gardant bien de qualifier d'expériences des tentatives prudentes que de nombreux succès ont suffisamment justifiées.

De cette manière, dans l'espace seul d'une année, vous avez pu recueillir assez d'observations pour savoir qu'il suffit de quelques gouttes de perchlorure de fer introduites dans un sac anévrismal pour amener une cure radicale, qu'une injection semblable dans les veines variqueuses peut en déterminer l'oblitération partielle ; et, de plus, vous avez constaté l'utilité de ce moyen dans le traitement des tumeurs érectiles et des hémorrhagies traumatiques ou morbides.

Lorsque la question du perchlorure de fer est venue en quelque sorte surprendre les chirurgiens, y a-t-il eu de l'inconvénient à examiner de suite les premiers faits et à les discuter ; en un mot, les discussions qui se sont élevées sur ce sujet étaient-elles prématurées ? Nullement. Les sciences d'observation ne pouvant avancer que par l'étude et l'analyse des faits, dès lors il était tout naturel que de suite et dès la première communication on se soit demandé en examinant l'artère injectée comment agissait ce nouvel agent : Y a-t-il un caillot dans l'endroit injecté? quelle est sa consistance, sa forme, son étendue ? est-il entraîné dans le torrent circulatoire ? est-il résorbé, ou con-

tracte-t-il des adhérences avec les parois du vaisseau ? Y a-t-il des lésions graves à craindre pour l'artère ou le tissu cellulaire environnant ? enfin, l'action de cet agent chimique réagit-elle d'une manière fâcheuse sur l'économie générale ? Que trouvez-vous donc de prématuré dans toutes ces demandes ? n'étaient-elles pas nécessaires ? Que maintenant des doutes se soient élevés sur quelques points, que des craintes très légitimes se soient manifestées, rien de plus naturel.

Ce qui a fait de cette question si récente une question déjà très avancée, c'est qu'au lieu de vous perdre dans des théories sans fin, vous vous êtes contentés de la simple observation des faits ; c'est qu'au lieu de qualifier d'expériences des tentatives très rationnelles, vous les avez acceptées avec cette prudente réserve dont il ne faut jamais se départir : en cela, la Société a tenu une conduite aussi sage que profitable pour la science.

Dire maintenant que cette méthode n'a pas compté des insuccès ; mais quelle est donc la méthode toujours heureuse ? quelle est l'opération la plus simple qui n'expose pas à des dangers parfois mortels ? quel est même le médicament le mieux connu dont l'action est infaillible ? En vérité, après l'examen impartial des faits, on est bien tenté de croire que le plus grand tort de cette méthode c'est de n'avoir pas été découverte par ses adversaires.

Pardonnez-moi, mes chers collègues, si j'insiste sur cette question ; mais c'est que cette découverte a été léguée à votre sollicitude ; c'est que Pravaz mourant vous a chargés de veiller sur son enfance et de la diriger dans cette voie si difficile qui mène au véritable succès ; c'est que, grâce à vos louables efforts, elle a grandi et a pris un rang considérable dans la thérapeutique chirurgicale.

Il y aurait de l'injustice à ne pas remercier tout d'abord de leur zèle et de leurs expériences MM. Debout et Giraldès ; à peine ce dernier était-il remis d'un terrible accident qui faillit lui coûter la vie, qu'il s'empressa de reprendre ses recherches sur les animaux et de vous faire part de ses précieuses observations.

En même temps un habile chimiste de Lyon, M. Burin-Dubuisson, mettait à votre disposition des sels de fer semblables à ceux que Pravaz avait employés, et ce ne fut que lorsque le résultat de ces diverses expériences fut bien connu que plusieurs membres de la Société commencèrent à en faire l'application à l'homme.

Ces applications comprennent trois catégories.

A la première appartiennent les tentatives faites pour guérir les anévrismes ; comme MM. Raoul-Deslongchamps, Lenoir, Soulé (de

Bordeaux) et Valette (de Lyon) vous en ont cité des exemples. Dans ces cas, on ne peut pas dire que les succès aient été constants ; mais ceux qu'on a obtenus indiquent assez qu'une fois cette méthode régularisée, elle pourra être très utile.

La seconde catégorie, qui est considérable par le nombre des faits observés, renferme toutes les opérations pratiquées sur le système veineux ; et d'après les succès nombreux obtenus par MM. Giraldès, Chassaignac et Follin, il est permis d'espérer que désormais les opérations que réclament certaines affections du système veineux seront moins dangereuses. Déjà au sein de la Société de nombreuses recherches avaient été faites sur ce point, lorsque le prix proposé par M. le docteur Verrier a stimulé le zèle de plusieurs de nos confrères et agrandi encore le cercle de la question.

Enfin la dernière catégorie comprend tous les cas dans lesquels le perchlorure de fer a été employé comme agent hémostatique.

Si je me suis contenté de constater les résultats obtenus, c'est qu'une analyse succincte de chaque fait eût demandé un temps considérable et que j'aurais craint d'abuser de votre attention.

Sur quelques maladies observées chez de très jeunes sujets. — Dans les comptes rendus de ce genre, habituellement on est contraint de suivre les divisions classiques. Y a-t-il de grands inconvénients à se soustraire un peu à cet usage et à réunir ensemble quelques maladies très différentes observées au même âge? Je ne le pense pas.

Le hasard ayant voulu que cette année les communications faites sur les maladies des enfants fussent assez nombreuses pour en faire un chapitre séparé, au lieu de les disséminer et de les caser chacune dans leurs sections respectives, je n'ai pas hésité à les réunir, pensant que ce serait une des meilleures preuves des avantages de ce travail fait en commun.

Comme se rattachant aux questions générales, vous avez eu les renseignements précieux de MM. Guersant et Morel-Lavallée sur l'anesthésie chez les enfants. M. Charrier, interne de M. Danyau, vous a fait voir un enfant atteint de pemphigus syphilitique, et M. Chassaignac vous a parlé de tumeurs érectiles guéries par le perchlorure de fer. S'agit-il des injections iodées, je trouve dans le travail de M. Brainard des cas d'injections iodées employées avec succès dans le traitement du spina bifida.

Après ces communications, celles qui vont suivre forment en quelque sorte le complément de travaux déjà commencés. Ainsi, M. Guersant a complété son travail sur la trachéotomie, en nous indiquant dans

quels cas, huit ou dix jours après l'opération, il est nécessaire de débarrasser le larynx des fausses membranes qui l'obstruent.

Au nombre des faits intéressants communiqués par notre collègue, nous citerons l'observation d'un jeune garçon présentant une tumeur de l'orbite développée dans l'espace de deux mois, et envahissant un peu plus tard toute la tête et la partie supérieure du tronc. L'observation suivante puise un nouvel intérêt dans les communications qui ont été faites sur ce sujet et les discussions qu'elles ont soulevées. Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans qui portait une tumeur volumineuse à la partie supérieure du pharynx, refoulant en avant le voile du palais, pénétrant dans les fosses nasales et faisant saillie dans la fosse zygomatique. Dans ce cas les avis furent très partagés sur le procédé qu'il fallait employer.

Dans un autre ordre, appartenant aux vices de conformation, nous trouvons une communication de M. Didot (de Liége) sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité après la séparation des doigts palmés.

Mais de toutes les lésions congénitales observées cette année, la plus intéressante est certainement celle qui vous a été communiquée par notre excellent collègue M. Danyau. C'est sous le titre de fractures intra-utérines qu'il vous a fait part à peu de temps de distance de deux vices de conformation assez rares.

Dans le premier cas, l'enfant nouveau-né présentait une courbure de la jambe, et au niveau de l'angle saillant il existait une cicatrice ; aux deux pieds le cinquième orteil manquait, et du côté lésé il y avait absence du péroné. Dans le second cas, il y avait encore une cicatrice au niveau de l'angle saillant de la jambe ; de plus le pied était mal conformé : deux orteils manquaient, ainsi que le péroné. M. Danyau ajoutait que pendant leur grossesse les deux mères avaient été l'objet de violences extérieures.

Au même moment M. Chassaignac observait en ville un fait presque analogue, et plus tard M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, à Toulouse, vous communiquait l'histoire d'une jeune fille de huit ans chez laquelle il existait, suivant toute apparence, une pseudarthrose congénitale à la jambe. Chez elle il n'y avait pas absence de quelques os, comme dans les cas précédents, mais le fémur du côté lésé, mesuré avec soin, avait 3 centimètres de plus. Ces déformations sont-elles réellement le résultat de fractures intra-utérines? Question qui pourrait avoir de l'importance au point de vue médico-légal. Serait-ce plutôt une aberration de développement des os?

M. Broca, se fondant sur l'absence presque constante de plusieurs pièces osseuses dans ces divers cas, est porté vers cette dernière opinion.

M. Morel-Lavallée, qui a le soin de recueillir tout ce que son service présente d'intéressant, vous a entretenu de ses recherches sur l'organisation du cal chez de très jeunes enfants, et vous a en outre montré deux exemples de coxalgie intra-utérine. Ces faits, qu'on peut rapprocher d'autres observés par MM. Parise, Laborie, Verneuil et Broca, tendent à démontrer que pendant la vie intra-utérine les maladies des os peuvent parfaitement suivre toutes leurs périodes. Faudrait-il, comme l'a pensé l'un de nos collègues, regarder ces affections comme dépendant d'une cause syphilitique? C'est un point de doctrine d'autant plus important à vérifier, que si cela était la thérapeutique pourrait prévenir ou atténuer ces fâcheux accidents.

Comme dernière affection du système osseux, je vous rappellerai cette jeune fille portant un kyste osseux de la clavicule. D'après la rareté de l'affection et la difficulté du diagnostic, nous ne doutons pas que M. Guersant ne s'empresse de nous communiquer la fin de l'observation.

Dans les maladies des organes génitaux urinaires, nous trouvons un fait de hernie de l'ovaire que M. Morel-Lavallée doit compléter, et une observation des plus curieuses de tumeur fibro-plastique considérable développée dans le vagin d'une très jeune enfant. Dans ce cas, qui a été observé par M. Guersant, il était impossible, pendant la vie, de préciser la nature de la tumeur et le lieu exact de son implantation, ce qui laissait une grande incertitude sur le diagnostic.

Tout récemment vous avez vu un testicule cancéreux ou hypertrophié enlevé chez un enfant de dix-huit mois. Ce fait, rapproché de ceux qu'avait précédemment communiqués M. Maisonneuve, démontre assez que, malgré le peu de développement des organes génitaux, ils peuvent être exceptionnellement le siége d'affections organiques fort graves. C'est à dessein que dans le cas de M. Guersant j'ai dit qu'il y avait hypertrophie ou cancer, parce que, l'examen microscopique n'ayant pas été fait complétement, il reste un doute fâcheux.

Comme vous le voyez par ce simple aperçu des communications sur les maladies observées chez des enfants, il y a un ensemble assez important de faits se rattachant à des questions générales ou venant compléter des recherches commencées antérieurement.

Si un compte rendu est difficile dans quelques cas, lorsqu'il faut se contenter de quelques faits épars, il est également bien difficile quand

il faut, bon gré, mal gré, sacrifier une foule de communications intéressantes. Si j'en cite encore quelques-unes, c'est pour montrer que, malgré les années, l'étude de certains sujets n'est jamais interrompue, et qu'il y a dans vos travaux un enchaînement qui les fera fructifier.

Ainsi notre ami M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, vous a communiqué plusieurs cas d'ascite traitée par les injections iodées. M. Dufour a augmenté la série des observations recueillies par M. Morel-Lavallée d'un nouveau fait de hernie traumatique du poumon. Une observation de M. le professeur Fleury (de Clermont) a remis de nouveau à l'étude la question des fractures du rocher, et peut-être, grâce à cette communication et à un nouveau fait que M. Richet publiera *in extenso*, sommes-nous à la veille de mettre chacun d'accord.

L'un de vous avait observé un fait rare de varices des lymphatiques; depuis, d'autres cas analogues sont venus se grouper autour. Enfin, l'histoire des tumeurs du pharynx et du sinus maxillaire a été enrichie de plusieurs communications de MM. Michon, Lenoir et Robert; et l'autoplastie, employée contre la repullulation des tumeurs fibro plastiques, a trouvé dans MM. Larrey et Chassaignac des observateurs persévérants.

Maladies du système circulatoire. — Il vous était réservé, cette année, de voir deux cas d'anévrismes artérioso-veineux heureusement fort rares, car le développement considérable de la maladie et le lieu même de la blessure les mettaient au-dessus des ressources de la médecine opératoire.

Chez l'un de ces malades, observé par M. Giraldès, l'accident datait de quatorze ans ; la blessure avait intéressé l'artère et la veine crurales à un pouce au-dessous du ligament de Fallope.

Chez le second , qui vous a été présenté par M. Duménil, interne des hôpitaux , la blessure datait de huit ans; il y avait eu une plaie pénétrante de l'abdomen; et d'après le rapport de M. Gosselin, chargé de l'examiner, il existait un anévrisme artérioso-veineux contre la paroi abdominale postérieure , au-devant de la cinquième vertèbre lombaire. Il a été impossible de préciser l'artère et la veine lésées; mais il a semblé pourtant que la communication existait vers la terminaison de l'aorte, avec une des veines iliaques primitives. Chez ce malade, il n'y avait pas, comme chez celui de M. Giraldès, un allongement du membre, mais une sorte d'éléphantiasis.

Les accidents consécutifs qui accompagnent assez fréquemment la ligature des veines doivent faire regarder le fait communiqué par M. Roux comme presque exceptionnel. Dans un cas où il avait affaire

à une tumeur récidivée située dans l'aine et s'engageant dans le scrotum, il put éviter la lésion de l'artère crurale; mais la veine ayant été coupée, il fut obligé de lier les deux bouts au-dessus de la saphène. A part un peu d'œdème et de refroidissement du membre dans les quatre premiers jours, aucun accident grave ne vint entraver la guérison.

Maladies du tube digestif. — Il est peu de maladies qui présentent autant de différences que les hernies; on a beau en avoir vu, à chaque nouvelle, le chirurgien éprouve de nouvelles difficultés; de là l'intérêt qui s'attache toujours à ce genre de communications. Parmi celles qui vous ont été faites, je n'en mentionnerai qu'une. Dans ce cas, il s'agissait d'une variété de hernie inguinale des plus curieuses : M. Lenoir vous a présenté le malade. La hernie, qui était réellement inguinale, avait le volume de la tête d'un fœtus; elle semblait, par sa position et sa direction, être crurale, et cependant il n'en était rien ; car la réduction démontrait qu'elle avait lieu par une large éraillure de la paroi antérieure du canal inguinal; le testicule n'était pas descendu dans le scrotum, circonstance à noter au point de vue de l'étiologie.

L'histoire des hernies m'amène à vous parler d'un fait d'étranglement interne cité par M. Chassaignac. A cette occasion, M. Maisonneuve rappelant que, dans un cas semblable il avait préféré à l'établissement d'un anus contre nature l'anastomose de l'intestin grêle avec le cœcum, des objections sérieuses lui furent faites sur la difficulté de trouver le cœcum, qui n'est pas toujours dans la fosse iliaque. Dès lors la raison de préférer le procédé de l'anus contre nature, déjà employé avec succès par MM. Denonvilliers et Nélaton?

La douleur et le danger inséparables des maladies qui tendent à rétrécir et à fermer la fin du canal intestinal engagera toujours les chirurgiens à tenter des opérations, malgré les chances de la récidive. Si je ne fais qu'indiquer aujourd'hui deux observations de MM. Demarquay et Richard, c'est qu'il importe, avant de se prononcer, de suivre plus longtemps ces malades.

Médecine opératoire. — On voudrait pouvoir tout citer dans ces circonstances, et le temps, qui vous commande impérieusement d'abréger, vous permet à peine de parler sommairement de quelques faits.

Ainsi, en médecine opératoire, le nombre des questions qui vous a été soumis est assez considérable. A l'occasion de certaines désarticulations de l'épaule, M. Richard vous a soumis cette question, résolue négativement par M. Richet : faut-il préalablement lier l'artère sous-clavière?

M. Tharsile Valette vous a fait part de plusieurs procédés de ligature s'appliquant aux artères sous-clavière, iliaque externe et épigastrique. Il vous a en outre communiqué un travail sur la possibilité de lier l'artère occipitale, et un autre mémoire également intéressant sur la résection de la malléole externe.

Quelques considérations de M. Sédillot sur l'amputation de Chopart ont donné lieu à une discussion assez animée.

M. Vallet (d'Orléans) vous a communiqué un nouveau procédé de taille chez la femme.

Maintenant, soit qu'on considère le mémoire de M. Bouvier sur le séton comme appartenant à la médecine opératoire, par suite des modifications qu'il y a apportées, ou comme appartenant à la thérapeutique chirurgicale par les conséquences pratiques qu'il en a déduites; ce travail et le rapport de M. Larrey n'en seront pas moins un véritable modèle en ce genre, soit comme érudition réelle, soit comme observation pratique sur un sujet qui semblait entièrement épuisé.

Il y aurait bien à vous parler de quelques communications sur l'urétrotomie; mais cette question n'ayant été qu'à peine abordée, il faut la réserver pour le jour où l'on saura véritablement à quoi s'en tenir sur la valeur et la nécessité de ces nouvelles méthodes tant préconisées dans ces derniers temps.

Maintenant que j'ai passé en revue une partie de vos travaux, pensez-vous que cette seule portion renferme assez d'éléments sérieux pour prouver que l'année a été bien remplie? Si vous trouvez que j'ai été trop court, je puis ajouter: je ne vous ai rien dit des communications sur les maladies du système osseux, et cependant les travaux do MM. Gerdy, Broca, Maisonneuve pourraient me fournir d'abondants matériaux; et de plus, les maladies des organes génito-urinaires ont donné lieu à d'intéressantes communications de la part de MM. Monod, Guérin, Forget et Jarjavay. Il me serait donc bien facile de vous entretenir encore longtemps de vos travaux; mais en prolongeant ce compte rendu je craindrais d'abuser de votre patience. J'ai d'ailleurs une autre dette à payer, dette sacrée, due à la mémoire du collègue que nous avons perdu, et ici je réclame toute votre attention.

Il est d'usage que ces jours de solennité consacrés à revoir ensemble les travaux de l'année soient également choisis pour donner un souvenir à la mémoire de ceux qui ne sont plus; aussi ma tâche ne serait pas entièrement remplie, si je ne vous entretenais quelques instants

d'un collègue que nous regrettons tous, de Pravaz, ravi à la science au moment où il allait recueillir le fruit de ses longues et savantes recherches.

Charles-Gabriel Pravaz naquit le 24 mars 1791, au Pont-de-Beauvoisin. Son père était médecin. Ses premières années furent marquées par un de ces événements qui laissent toujours dans le cœur une impression profonde ; il fut enfermé avec sa famille dans les prisons de Grenoble, mais plus heureux que d'autres, il fut rendu à la liberté avec tous ses parents, et jusqu'à son entrée dans un petit séminaire, son père se chargea de son éducation.

En 1809, Pravaz étant allé à Grenoble pour y suivre un cours de mathématiques, montra tant de goût pour les sciences exactes et fit des progrès si rapides, que l'année suivante il occupait la chaire de régent de mathématiques au collége de Pont-de-Beauvoisin. Bientôt s'apercevant que son avenir était limité, et croyant que grâce à ses connaissances il avancerait plus rapidement dans la carrière militaire, il s'engagea dans le 4e régiment du génie, en garnison à Metz. Là son zèle pour l'étude ne se ralentit pas. Il avait espéré entrer à l'Ecole polytechnique; mais un nouveau désappointement l'attendait. Le ministre de la guerre ayant décidé que les militaires ne seraient plus admis à l'Ecole, il fut contraint de recourir à un subterfuge; sous prétexte d'affaires, il obtint un congé de quelques jours, quitta son uniforme et se présenta aux examens d'Orléans, où il fut reçu dans un rang honorable.

Cette nouvelle carrière ne devait pas être de longue durée. En 1814 il combattit avec son bataillon sous les murs de Paris, et en 1815, comme beaucoup d'autres de ses camarades, il quitta l'Ecole. Retiré dans sa famille, et ne pouvant supporter cette inactivité, il fit des démarches pour accompagner le capitaine Freycinet dans un voyage de circumnavigation; mais sa demande ne fut pas accueillie. Ce fut alors que, bien qu'assez âgé, il n'hésita pas à commencer l'étude la médecine. Pravaz n'était pas fortuné; aussi fut-il obligé pour vivre de donner des leçons de mathématiques pendant ses études médicales.

Sa thèse de doctorat, qu'il soutint en 1824, sur la phthisie laryngée, lui valut la note : Extrêmement satisfait; et à peine était-il reçu qu'il fut nommé médecin de l'asile royal de la Providence.

Nous avons vu par quel genre d'études notre confrère avait commencé, nous verrons plus tard quel immense parti il sut en tirer comme médecin. Très probablement ses connaissances étendues en mathématiques et en physique influèrent sur le choix d'un premier

travail sur les anomalies de la vision, et plus tard sur la prédilection avec laquelle il s'adonna à l'étude et au traitement des difformités. On se tromperait cependant si on croyait que Pravaz n'entendît que la partie mécanique; notre collègue avait fait des études sérieuses en anatomie et en pathologie, et tous ses travaux prouvent une instruction profonde en physiologie.

En 1827 parut son premier mémoire sur l'orthopédie, intitulé *Méthode nouvelle pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale, précédée d'un examen critique des divers moyens employés par les orthopédistes modernes.*

Dans ce travail, outre des considérations anatomiques sur la colonne vertébrale, on trouve une étude très bien faite des diverses causes des déviations de l'épine, et une appréciation raisonnée des nombreux procédés de redressement. Dès ce moment on commence à connaître l'esprit de l'auteur, par la manière dont il parle de certaines cures par trop merveilleuses. Pravaz n'avait pas admis que les déviations de l'épine pussent résulter de la luxation des vertèbres, aussi est-il parti de cette idée pour examiner la valeur de l'extension de la colonne vertébrale et de la pression sur les parties saillantes employées comme seul moyen de traitement; et s'emparant du mode de défense de ses adversaires, il leur a opposé à son tour des démonstrations mathématiques.

Bien que l'orthopédie à cette époque fût bien loin de ce qu'elle est aujourd'hui, on lit encore avec intérêt ce travail, qui comprend la plupart des méthodes de traitement alors en vigueur. En parcourant ce mémoire rempli de remarques et d'observations curieuses, on est amené graduellement à cette heureuse modification du traitement orthopédique par l'emploi d'une gymnastique savamment appropriée, comme Delpech l'avait un des premiers recommandé.

Après avoir parlé des inconvénients d'un système trop exclusif, notre collègue ne trouve pas de meilleure critique que de rapporter l'histoire de ce gentilhomme anglais condamné depuis plusieurs années à porter le collier de Chesher, et qui, d'un coup, d'après le conseil de Schaw, se débarrassant de son appareil, se trouve si bien de se promener avec un poids de 14 livres sur la tête. Tout ce mémoire, qu'il serait trop long d'analyser complétement, porte le cachet d'une sage observation, d'une érudition réelle. Les citations abondent et forment le point de départ de nombreuses réflexions pratiques. Si parfois Pravaz s'élève avec énergie contre certains traitements, ce n'est pas pour s'opposer au progrès, mais pour combattre la routine ignorante.

A peine ce travail sur les déviations de l'épine était-il terminé, que notre collègue publiait dans le *Journal hebdomadaire*, des recherches sur la possibilité de prévenir l'absorption des virus et des venins par l'emploi des moyens physiques.

Un peu plus tard, dans la même année 1828, parut son premier mémoire sur une des questions les plus controversées de notre époque, sur les luxations congénitales du fémur. Lors même que Pravaz n'eût laissé d'autres travaux que ses recherches sur ce sujet, il aurait déjà fait preuve d'un esprit éclairé et savant, et il eût pour sa part puissamment contribué à l'avancement d'une question en quelque sorte abandonnée.

En effet, des hommes d'un mérite éminent avaient nié la possibilité de la réduction; Pravaz lui-même avait d'abord partagé cette opinion; puis, après de nouvelles recherches, il vit que cette réduction était possible, non plus après quelques manœuvres de courte durée, comme M. Humbert le prétendait, mais après un traitement prolongé. Reprenant la question au point où Paletta, Dupuytren, Delpech et Breschet l'avaient laissée, il ne se découragea point, malgré les difficultés, et son dernier mémoire, couronné en 1847 par l'Académie des sciences, restera toujours comme un document précieux à consulter pour tous ceux qui voudront traiter cette question si difficile et si obscure.

J'aurais bien désiré vous donner un courte analyse de ces mémoires, dont l'apparition suscita au sein de l'Académie de médecine de si vives discussions, mais que dire après le rapport si bien fait de notre savant collègue M. Gerdy, dans lequel il a résumé la question avec son indépendance habituelle.

Ce fut dans l'établissement qu'il avait fondé à Lyon que notre confrère poursuivit ses travaux sur les luxations congénitales du fémur; ce fut là aussi qu'il fit ses recherches sur les avantages que l'on peut retirer du bain d'air comprimé.

En 1840, il publia un premier travail sur ce nouveau moyen thérapeutique, et j'aurais peu de chose à ajouter à l'analyse consciencieuse que vous en a faite notre collègue M. Debout. Malheureusement ce nouveau mode de traitement n'a pas été assez étudié comparativement à Paris et à Dijon, les deux seules villes dans lesquelles on ait tenté imparfaitement d'établir un appareil analogue. Mais les résultats obtenus, soit dans le traitement de plusieurs affections chroniques des premières voies respiratoires ou de l'ouïe, soit dans quelques névroses et même dans plusieurs maladies articulaires, sont trop importants pour qu'on ne continue pas ces recherches, afin de connaître la valeur réelle

de cette nouvelle méthode thérapeutique, qu'il avait aussi employée contre les difformités du thorax.

Plus tard, en 1845, il fit paraître un nouveau mémoire sur la réalité de l'art orthopédique et ses relations nécessaires avec l'organoplastie. Comme vous le voyez, tant de recherches diverses, poursuivies avec un zèle, une patience qui ne se sont jamais ralentis, seraient plus que suffisantes pour prouver la part active que notre collègue a prise dans tous les travaux qui ont contribué aux progrès de l'orthopédie ; mais la science lui doit plus encore : outre plusieurs instruments très ingénieux de lithotritie qu'il imagina, il conseilla le premier l'application d'un courant électrique à la guérison des tumeurs anévrismales, et si cette nouvelle méthode n'a pas constamment réussi, elle a donné à plusieurs reprises des résultats assez avantageux pour ne pas être entièrement délaissée.

Pravaz, qui connaissait tous les inconvénients de ce moyen et la difficulté de son application, avait le premier signalé toutes les objections qu'on lui ferait, et peut-être s'il eût vécu serait-il arrivé à pouvoir mesurer l'intensité des courants électriques, ce qui eût rendu l'opération plus régulière et moins dangereuse.

Malgré le succès obtenu en 1845 par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon et quelques communications faites au sein de la Société de chirurgie, on n'aurait peut-être pas connu l'origine précise de cette découverte et de celle de la coagulation du sang par le perchlorure de fer, lorsqu'une circonstance fortuite m'engagea à écrire à notre collègue.

M. le professeur Lallemand venait de faire part à la Société de chirurgie des expériences de M. Pravaz avec le perchlorure de fer ; étonné de la nouvelle direction que notre collègue donnait à ses recherches, je lui demandai par quelle série d'idées il avait été amené à employer l'électricité comme agent coagulant et pourquoi, après avoir usé avec succès des moyens physiques, il s'adressait actuellement à la chimie.

Sa réponse ne se fit pas attendre, et c'est dans cette dernière lettre, précieusement conservée dans nos archives, que se trouve l'histoire complète de ces deux découvertes.

En 1828, dans ses recherches pour neutraliser l'action si funeste des virus ou des venins par la cautérisation galvanique, il s'aperçoit de la coagulation rapide du sang sous l'influence du rapprochement des deux électrodes, et dès lors il pense au parti qu'on peut en tirer en chirurgie.

Un peu plus tard, la formation d'un caillot obtenue par M. Velpeau à la suite de l'introduction d'une aiguille à travers un vaisseau est un

trait de lumière ; il voit dans ce fait le résultat d'une action galvanique faible et ne songe plus qu'à la développer et à l'appliquer, ce qui fut fait avec succès en 1845 par M. Pétrequin, et répété depuis par plusieurs chirurgiens.

Pravaz, comme il nous l'a dit, suivait depuis cette époque, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications de la galvanopuncture et ne se dissimulait pas les écueils, les dangers qu'elle présentait ; de là l'idée de supprimer les aiguilles et d'essayer d'utiliser le transport de l'électricité voltaïque à travers nos tissus. C'était, comme vous le voyez, non plus des expériences sans suite, mais bien un problème donné qu'il s'efforçait de résoudre par des moyens scientifiques. Ce fut dans ses recherches pour supprimer l'acupuncture qu'un fait providentiel, comme il le dit, vint enfin lui en donner la solution. Ayant remarqué que parmi les substances qu'il expérimentait le perchlorure de fer coagulait instantanément l'albumiue, et se fondant sur l'innocuité des martiaux, il pensa alors à répéter l'expérience, non plus avec des instruments, mais sur des animaux ; dès ce moment la découverte était faite, il ne s'agissait plus que de l'utiliser.

Maintenant, si on doit augurer de l'avenir de ces deux moyens par les succès déjà obtenus, il y a là toute une révolution dans le traitement des maladies du système artériel et veineux, et peut-être sera-t-on maître un jour de quelques-unes de ces affections jusqu'ici regardées comme au-dessus des ressources de l'art.

Après deux semblables découvertes, bien peu d'hommes seraient restés aussi tranquilles que Pravaz, attendant la sanction du temps et de l'expérience ; pour lui, il se contentait de poursuivre son but, de multiplier ses recherches, sans trop revendiquer la part qui lui était justement due. On dira peut-être : Mais en Italie Monteggia avait pensé à coaguler le sang dans les tumeurs anévrismales à l'aide de moyens semblables ; mais qui donc parmi les chirurgiens avait suivi cette idée ? Soyons donc justes pour la mémoire de notre collègue ; cette découverte est la sienne, c'est lui qui le premier l'a nettement formulée, et ce n'est que depuis sa communication qu'elle a été appliquée.

Maintenant, que dans ses écrits Pravaz se soit quelquefois montré sévère pour des opinions qu'il ne partageait pas, qu'il ait à son tour montré peut-être de la passion en défendant des idées qui à leur tour pourront être renversées, il n'en sera pas moins regardé par ses adversaires scientifiques comme un de ces hommes de bien qui honorent la profession et s'y consacrent entièrement. Si dans ses travaux on trouve cette verve, cet entraînement inséparables d'une conviction

profonde, nulle part on ne trouve de ces oublis indignes du langage scientifique; c'est toujours ce bon ton, cette dignité dont les hommes de science ne devraient jamais s'écarter.

Pravaz appartenait depuis un an à la Société de chirurgie comme membre correspondant, et nul doute qu'il n'en fût devenu un des collaborateurs les plus zélés, lorsque la mort est venue le frapper le 24 juin 1853, au moment où il allait jouir du fruit de ses découvertes. Sa mort est une perte pour la science, et elle a été vivement sentie de tous ceux qui le connaissaient, car il était non-seulement savant, mais bon confrère. Et nous devions à sa mémoire de joindre aujourd'hui nos regrets à ceux des autres Sociétés savantes qui l'ont perdu.

Puissent ces quelques paroles, prononcées en votre nom, apporter un peu de soulagement à la douleur de sa famille et de ses amis!

Je dois à l'obligeance de M. Pravaz fils, interne des hôpitaux, les renseignements sur les premières années de son père.

Après cette lecture, M. Denonvilliers, avant d'installer le bureau, prononce le discours suivant :

Messieurs,

Dans un rapport complet et bien étudié, M. le secrétaire général a tracé devant vous l'intéressant et fidèle tableau des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler. La tâche que s'est proposée votre président consiste simplement à vous présenter le résumé des événements survenus dans le cours de la même année et à vous faire connaître en quelques mots les modifications apportées au règlement, les pertes et les acquisitions de la Société, l'état de ses finances, ses ressources et ses progrès. Un tel rapport est peu brillant sans doute, mais il a son utilité : c'est le complément du précédent, et ils forment à eux deux toute l'histoire de la Société pendant l'année 1854.

L'année actuelle n'a pas été, comme la précédente, marquée par un événement important, l'établissement de la Société dans un nouveau local, mais les mêmes causes qui avaient nécessité ce changement, c'est-à-dire les rapides développements de la Société, ont amené dans notre règlement plusieurs modifications. Les plus importantes ont rapport à la composition du bureau. Un seul secrétaire ne suffisait plus à notre correspondance, à nos procès-verbaux, à la conservation de nos archives : cette insuffisance avait été prévue par nos premiers statuts; la révision de notre règlement l'a fait disparaître. Aujourd'hui le bureau se compose, outre le président, le vice-président et le tréso-

rier, d'un secrétaire général, de deux secrétaires annuels et d'un bibliothécaire archiviste.

Cette augmentation dans le nombre des fonctionnaires est une affaire, non de luxe, mais de nécessité. La correspondance a pris une grande activité; de tous côtés nous arrivent des communications, des notes et des observations manuscrites. Des échanges s'établissent entre notre Société et les autres sociétés françaises ou étrangères : c'est ainsi que nous avons acquis, par l'entremise de M. Heyfelder, les *Nova acta academiæ naturæ curiosorum Cesareæ-Leopoldinæ* et un bon nombre de thèses d'Erlangen; que nous recevons, par les bons offices de M. le professeur Sédillot, les thèses et la *Gazette médicale de Strasbourg;* que nous devons à M. Letenneur (de Nantes) la collection académique de la Loire-Inférieure. Les dons de plusieurs membres de la Société ont ajouté à notre bibliothèque plus de sept cents ouvrages ou monographies ayant la chirurgie pour objet. Notre album chirurgical s'est enrichi d'un bon nombre de dessins, et nous avons vu s'accroître aussi notre collection de portraits et de manuscrits, de telle sorte que les fonctions de bibliothécaire archiviste ont commencé à prendre une véritable importance. D'un autre côté, les publications de la Société ne se ralentissent pas; à peine le troisième volume de nos mémoires était-il achevé que déjà paraissait le premier fascicule du quatrième. Enfin, les séances de la Société sont tellement remplies que la tâche des secrétaires annuels en est devenue laborieuse et que le journal ordinaire de la Société peut à peine suffire à la publication de nos immenses procès-verbaux. Dans cette prospérité toujours croissante de la Société, une part considérable revient à notre secrétaire général, qui a su, par ses efforts intelligents et soutenus, faire naître et soutenir le mouvement dont je suis heureux de constater devant vous les résultats.

Tant de changements survenus en si peu de temps, une telle extension prise tout à coup par une Société peu nombreuse et qui avait tout à tirer de la bonne volonté seule de ses membres avaient fait craindre que nos ressources ne répondissent pas à nos besoins. De là même l'autorité absolue accordée à la commission des congés; de là aussi l'invitation adressée au président de mettre à exécution les articles coercitifs de notre règlement en ce qui touche le payement régulier des cotisations et des amendes. La commission des congés a dû faire et a fait son devoir. Quant au président, il n'a pas eu à user de ses pouvoirs, et il peut, sans anticiper sur le rapport de la commission des finances, annoncer par avance à la Société l'équilibre de son budget;

excellent résultat dû certainement aux soins de notre trésorier, auquel nous ne saurions être trop reconnaissants d'un zèle qui ne s'est laissé rebuter par aucune difficulté.

Vous venez, messieurs, d'entendre un excellent rapport fait par notre jeune collègue M. Verneuil au nom d'une commission chargée d'examiner les mémoires envoyés par les concurrents au prix institué pour cette année par M. le docteur Verrier (de Bar-sur-Aube). C'est un grand honneur sans doute pour la Société de chirurgie que cette mission de haute confiance dont elle s'est trouvée investie par un de nos confrères de la province. Mais ne regrettez-vous pas avec moi qu'elle n'ait pas l'honneur plus grand encore de proposer elle-même à l'émulation des travailleurs un prix dont elle ferait les frais et dont elle indiquerait le sujet? Quoi de plus propre à ajouter au lustre de la Société et à accroître sa légitime influence! Quel meilleur moyen d'exercer sur les progrès de la science une action directe et salutaire, en appelant l'attention du monde chirurgical sur les questions qui, par leur importance ou le degré d'évolution auxquels elles sont parvenues, méritent le mieux d'être étudiées, examinées ou jugées! Nul doute que chacun de vous ne partage à cet égard mon opinion et ne s'associe au vœu que j'émets ici publiquement de voir enfin mettre en pratique l'un des articles les plus utiles de nos statuts, dont les circonstances seules ont pu jusqu'à présent retarder l'exécution !

Dans quelque association que ce soit, pour peu qu'elle compte un certain nombre de membres, il est rare qu'une année s'écoule sans pertes douloureuses. La Société n'a pas échappé à cette loi commune : elle a eu à regretter depuis notre dernière réunion annuelle la mort de MM. Pravaz, Roux et Duval. Tous trois nous étaient chers à divers titres. C'est dans la force de l'âge et dans la maturité du talent qu'a succombé M. Pravaz, au moment même où son esprit sagace et investigateur s'appliquait à la recherche d'une nouvelle méthode thérapeutique applicable au traitement des anévrismes. Dans M. Duval, nous vénérions le beau-père de Marjolin et le dernier reste de l'ancienne Académie de chirurgie; dans M. Roux, le représentant éminent d'une génération qui disparaît et s'éteint chaque jour, l'émule de Dupuytren, le maître de nos maîtres. S'il est une pensée qui puisse adoucir l'amertume des regrets que nous inspire cette dernière perte, c'est que notre illustre confrère est arrivé à un âge avancé, après de longues années de la carrière la plus heureuse, sans avoir connu les défaillances et les infirmités de la vieillesse. Au moment même où la mort est venue le saisir, il était occupé à rassembler et à publier les précieux

résultats des quarante années de glorieuse pratique pendant lesquelles il avait été placé à la tête de grands services de chirurgie. A peine la moitié du premier volume était-elle imprimée, et la science se voyait menacée de perdre la série de ces importantes communications, lorsque, sur la proposition de M. Larrey, la Société décida, le 26 avril dernier, qu'elle se mettrait au service de la famille de M. Roux pour la continuation de cette intéressante publication. Trois mois seulement se sont écoulés depuis cette époque, et déjà, sous la surveillance d'une commission composée de MM. Danyau, Gosselin, Larrey, Lenoir, Broca, et par les soins particuliers de ce dernier, vient de paraître le premier volume consacré à la chirurgie réparatrice. Ainsi s'élèvera au moyen de cette pieuse collaboration un monument durable et dont la Société de chirurgie de Paris aura doublement le droit d'être fière.

Un de nos plus respectables collègues, M. Deguise père, a échangé le titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Cette sorte de retraite serait tout à fait regrettable si elle devait nous priver de la coopération de notre collègue; mais nous espérons bien le voir, comme par le passé, assister à nos séances et prendre part à nos travaux. Peut-être est-il bon d'ailleurs que de temps en temps quelques places nouvelles se fassent ainsi dans la Société, afin qu'elle se renouvelle et s'entretienne dans son activité par l'infusion d'un sang plus jeune et plus ardent !

Bien peu de vides existent aujourd'hui parmi nous, et ils tendent chaque jour à se combler. Parmi les titulaires, nous comptons cette année deux nouveaux membres, MM. Guérin (de Vannes) et Bouvier; et nous verrons bientôt, ce qui n'a pas encore eu lieu jusqu'ici, le cadre des membres actifs complet.

Quant à la liste des correspondants, elle s'est enrichie des noms les plus recommandables et les plus avantageusement connus, soit en France, soit à l'étranger. Les nouveaux correspondants nationaux sont au nombre de sept, et les étrangers au nombre de six; tous appartiennent aux hôpitaux, et sont placés par conséquent aux grandes sources de la science.

Les premiers sont :

MM. Alquié et Bouisson, professeurs de clinique à la Faculté de Montpellier; Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux; Valette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans; Houzelot et Prestat, chirurgiens en chef des hôpitaux de Meaux et de Pontoise; Taxile Valette, chirurgien-major de l'hôpital de Metz.

Aux seconds appartiennent :

MM. Fleming et Hamilton, chirurgiens de l'hôpital de Richmond ; Didot et Verhaeghen, chirurgiens des hôpitaux de Liége et d'Ostende; Beyran, chirurgien de l'hôpital de Sidi-Kouli, à Constantinople ; Brainard, professeur et président du collége de Chicago (Etat de l'Illinois).

Vous le voyez, messieurs, l'année 1854 a été pour nous une bonne année sous tous les rapports, et c'est avec un juste sentiment d'orgueil que chacun de nous peut se dire que la Société de chirurgie de Paris remplit mieux chaque jour la mission qu'elle s'est donnée de porter la lumière dans les questions de chirurgie et de faire pénétrer la vérité dans la science, et qu'elle voit chaque jour s'accroître une prospérité et une influence qui ne diminueront pas, parce qu'elles sont fondées, non sur des distinctions, des attributions ou des titres officiels, mais sur des services réels spontanément rendus à la science médicale.

— Après ce discours, M. Denonvilliers installe les membres du bureau, et M. Huguier, président élu pour l'année 1855, adresse à la Société l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Permettez-moi, en prenant le fauteuil de la présidence, de vous remercier avec une vive et profonde reconnaissance de l'honneur que vous venez de me faire en m'appelant à la direction de vos séances, honneur dont je suis d'autant plus fier que je ne puis l'attribuer qu'à l'affection et à l'estime que vous me portez.

Si je ne remplis pas mes fonctions avec la même facilité, le même talent que mon savant et honorable prédécesseur, soyez persuadés que l'exactitude, le zèle et l'esprit de justice ne me feront pas défaut.

Si, dans vos débats scientifiques, quelques-uns d'entre vous, s'écartant de la discussion ou de la modération qui appartient à des hommes de science, et en particulier à des médecins, il m'arrivait de les avertir avec trop de vivacité, je les prierai par avance de ne voir dans mes paroles que le désir que nous avons tous que la Société de chirurgie reste un exemple de modération, d'ordre et de convenance dans la discussion des questions qui s'agitent dans son sein, ce qui lui a valu une partie de la considération et de l'estime dont elle jouit.

En raison du nombre et de l'importance des travaux qui vous sont communiqués, je crois être l'interprète du plus grand nombre en vous témoignant le désir d'étendre la durée de nos séances, en les commençant plus tôt que nous n'avons l'habitude de le faire.

Un désir non moins important est qu'aucune communication incom plète ne soit faite à la Société. Beaucoup de faits du plus grand intérêt ont été ainsi perdus dans le cours des années précédentes. Vous comprenez ce que la science et nos bulletins y gagneront.

Enfin, messieurs, avant de commencer de nouveaux travaux, permettez-moi de vous proposer de voter des remercîments à mon prédécesseur, pour l'exactitude, le soin et le talent avec lesquels il a dirigé la Compagnie, et de témoigner les mêmes sentiments de satisfaction aux membres du bureau et des commissions qui ont si dignement rempli les fonctions dont ils ont été chargés.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 12 juillet 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Desgranges écrit une lettre de remercîments à la Société, qui lui a décerné le prix fondé par M. le docteur Verrier, et demande le titre de membre correspondant. (Renvoi à une commission composée de MM. Chassaignac, Morel et Debout.)

— M. le docteur Fano adresse une lettre pour se porter candidat à la place de membre titulaire vacante.

— M. Gosselin dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Mannoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres. Ce travail a pour titre : *Du tamponnement des fosses nasales dans les hémorrhagies graves. Inconvénient de la méthode de Belloc. Nouveau procédé.* (Renvoi à l'examen de MM. Giraldès, Cullerier et Gosselin.)

— M. le docteur Mattei adresse une *lettre sur l'hérédité de la syphilis transmise par le père*. (Renvoi à M. Cullerier.)

— M. le docteur Verneuil résume dans les conclusions suivantes le rapport que, dans l'avant-dernière séance, il a fait devant la Société sous ce titre : *Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'amputation tibio-tarsienne. Description de plusieurs moignons disséqués longtemps après l'opération, etc., etc..., à propos d'une communication de M. le*

docteur Jules Roux (*de Toulon*). (Commission : MM. Robert, Gosselin et Verneuil, rapporteur.) :

1° L'amputation tibio-tarsienne n'est pas très grave au point de vue de la mortalité immédiate ;

2° La cicatrisation est toujours lente ; sous ce rapport la durée totale du traitement consécutif est beaucoup plus considérable que dans la plupart des opérations classiques ;

3° L'usage du moignon doit être longtemps différé. Il est prudent, en effet, d'attendre que le lambeau et l'extrémité du squelette soient organisés de façon à supporter la pression. Il faut donc que toute trace d'inflammation ait disparu dans les parties molles; et pour les parties dures, il faut que les malléoles, si on les conserve, soient déjà en partie émoussées, ou les surfaces osseuses complétement cicatrisées, si on a réséqué ces apophyses.

La médication usitée dans les ostéites anciennes ou commençantes sera employée avec avantage pour consolider ou favoriser la cure définitive.

4° Quoique l'amputation tibio-tarsienne ait été pratiquée déjà un très grand nombre de fois (je crois qu'on pourrait bien rassembler 80 ou 100 faits), il est impossible de savoir combien on compte de succès complets ; et j'entends par là les cas dans lesquels la jambe mutilée peut remplacer entièrement la jambe de bois. Sous ce rapport, les statistiques d'hôpital sont loin d'être suffisantes, et les raisons de mon doute se trouvent justifiées par les faits renfermés dans ce travail. Cependant on doit reconnaître qu'il existe des succès complets, et qu'alors les résultats sont vraiment inappréciables.

5° Les insuccès ne sont malheureusement pas rares ; ils peuvent être immédiats ou éloignés, et ces derniers eux-mêmes se présentent sous deux formes. Ainsi, le moignon peut-être irréprochable dans sa configuration extérieure ; tous les tissus qui le composent peuvent être sains en apparence, et cependant la marche sur ce moignon est impossible. Dans d'autres cas la lésion est appréciable, et le mauvais résultat peut être rapporté à plusieurs causes ; j'en ai déjà mis en lumière quelques-unes dans ce travail.

Ainsi, la marche peut être rendue impossible par le seul fait du procédé choisi ou par le développement d'accidents imprévus.

Les lésions anatomiques qui ont été authentiquement constatées sont l'ostéite du tibia et du péroné, les altérations de la peau du lambeau ou des bourses séreuses accidentelles situées au-dessous des extrémi-

tés osseuses, la névrite des gros troncs nerveux, les ostéophytes développées dans l'épaisseur du lambeau.

Comme l'apparition de ces accidents consécutifs peut être très tardive, l'insuccès est longtemps suspendu sur la tête des opérés, et, pour que la guérison soit définitivement proclamée, il faut que le moignon soit sorti triomphant de l'épreuve de la marche et de la station suffisamment prolongées.

6° La critique que je viens de faire ne doit conduire ni à blâmer ni à proscrire la désarticulation du pied; si l'on soumet beaucoup d'autres opérations à un contrôle aussi sévère, on verra que leur procès est bien loin d'être instruit, et qu'on a conservé bien des illusions sur leur innocuité et sur les bénéfices que les opérés en retirent.

7° Tout étant pesé, l'amputation tibio-tarsienne est une bonne opération pour certains cas; elle me paraît susceptible encore de perfectionnements, parmi lesquels je crois pouvoir ranger l'excision du nerf tibial postérieur. Jusqu'à ce jour, M. J. Roux est celui qui a été le plus loin dans la route du progrès. Son procédé est évidemment préférable à tous les autres.

8° Si les chirurgiens désirent avoir la solution définitive de cette question, ils ne devront négliger aucune occasion d'examiner attentivement les sujets encore vivants qui ont subi l'ablation du pied et de disséquer très minutieusement les moignons qui tomberaient entre leurs mains. Ces observations détaillées serviront plus tard à tracer une histoire plus complète.

A la suite de cette lecture, la Société décide :

1° Que le travail de M. Jules Roux et le rapport de M. Verneuil seront renvoyés au comité de publication;

2° Que des remercîments seront adressés à M. J. Roux en l'engageant à faire parvenir à la Société les nouveaux documents qu'il pourra recueillir sur l'amputation tibio-tarsienne;

3° Que, conformément aux intentions de l'auteur, le moignon disséqué sera déposé dans le Musée Dupuytren.

RAPPORT.

M. Demarquay lit, au nom d'une commission composée de MM. Nélaton et Houel, un rapport sur deux travaux adressés par M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, à l'appui de sa candidature. De ces deux travaux, l'un est sa *Thèse inaugurale*; l'autre un *Mémoire inédit sur la cicatrisation des artères.*

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer la thèse de M. Notta dans la bibliothèque;

2° De renvoyer son travail manuscrit au comité de publication;

3° De nommer M. Notta membre correspondant.

A la suite de ce rapport, une discussion s'engage.

M. Giraldès s'étonne que M. le rapporteur ait omis de citer parmi les travaux antérieurs qu'il a rappelés le livre remarquable de Porta sur les plaies d'artères. C'est là une lacune qu'il faut combler. Il cite aussi sur cette question un travail de Spencer, dont un extrait se trouve dans le livre de chirurgie de Miller.

M. Notta a avancé qu'après une ligature d'artère le caillot ne dépassait jamais la première collatérale. M. Giraldès fait remarquer que cette assertion n'est pas vraie chez les animaux, où l'on voit parfois le caillot dépasser les collatérales.

M. Demarquay s'est servi dans son rapport de l'expression *fonte purulente du caillot;* c'est sans doute là un lapsus. Il peut y avoir ramollissement, mais non transformation purulente du caillot.

M. Richet demande la parole pour appuyer l'assertion de M. Giraldès relative au rapport du caillot et de la première collatérale. Récemment un palefrenier, en sautant d'une soupente, s'enfonça un pieu dans le bras; des accidents graves survinrent; mais le malade refusa l'amputation et mourut. A l'autopsie du membre, on vit que le caillot remontait au delà des premières collatérales.

M. Richet insiste ensuite sur l'étendue de la suppuration dans les extrémités artérielles. Quelquefois cette suppuration remonte plus haut que M. Notta ne l'indique. Un homme subit la désarticulation du bras, et fut pris d'hémorrhagies secondaires dix-huit jours après l'opération. M. Richet porta d'abord le fer rouge dans la plaie, mais fut plus tard obligé de lier l'artère sous-clavière; il vit alors l'artère ramollie jusqu'à deux centimètres au-dessus de son extrémité. Si l'on eût voulu lier l'artère dans la plaie, on serait tombé sur un vaisseau ramolli.

M. Robert. On a déjà objecté à M. Notta que le caillot dépassait quelquefois la première collatérale; mais on peut aussi citer des faits où il n'existe pas de caillot. M. Robert en rappelle un exemple.

M. le rapporteur a glissé rapidement sur une question importante, la sécabilité inflammatoire des artères, qui justifie la ligature par la méthode d'Anel dans les hémorrhagies secondaires. M. Robert croit avoir en 1846, avant M. Notta, développé les mêmes idées que lui, et il rappelle à cet égard plusieurs faits. Dans une plaie de la cubitale

survint vers le douzième jour une hémorrhagie secondaire. M. Robert chercha à lier l'artère à très peu de distance de la plaie ; il pratiqua une incision à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la section : le vaisseau était sain, et l'on y fit une ligature. Le même chirurgien a observé depuis lors un fait analogue. Dupuytren, qui admettait cette friabilité, no disait pas jusqu'où elle allait. M. Robert soutient que dans beaucoup de cas cette friabilité est plus supposée que réelle. Quoi qu'il en soit, c'est là un fait important, puisque dans une amputation qui devient la source d'hémorrhagies on peut lier très près du vaisseau lésé.

M. Demarquay rappelle que Blandin connaissait l'étendue très limitée de la friabilité ; il savait que très peu au delà de son extrémité l'artère était saine. Mais s'il n'appliquait pas ces idées dans la pratique, c'est qu'il ne voulait pas détruire des réunions en voie de cicatrisation. En incisant un peu au-dessus, on ne touche qu'à des tissus sains.

M. Robert. Il faut s'entendre sur le sens des mots : méthode d'Anel, méthode de Hunter. Dupuytren entendait par méthode d'Anel la méthode de Huntèr ; car Anel lia l'artère très près, le plus près possible du sac, tandis que Dupuytren liait bien plus loin ; il voulait même qu'on liât assez loin de la plaie. Assurément personne ne peut songer à lier dans les bourgeons charnus mêmes, mais bien immédiatement au-dessus. Or cette dernière pratique diffère essentiellement de celle de Dupuytren.

M. Giraldès. Guthrie avait posé avant M. Robert le précepte que celui-ci vient de formuler. C'est ainsi qu'il fut conduit à faire une incision de sept pouces pour lier les deux bouts de l'artère péronière.

M. Chassaignac. Le fait cité par M. Richet n'est pas contraire à la doctrine qui soutient que le caillot s'arrête au niveau de la première collatérale. En effet, il ne s'agit point ici d'une ligature, mais d'une oblitération inflammatoire des collatérales. Au contraire, dans tous les cas de ligature que j'ai examinés, le caillot ne montait pas au-dessus de la première collatérale. Il s'est introduit dans la discussion générale une appréciation des doctrines de Guthrie. M. Chassaignac partage celles de Dupuytren. Il en appelle à tous ceux qui ont recherché des artères au sein de plaies enflammées. Les tissus sont confondus les uns avec les autres, et les recherches sont d'une exécution difficile. Quand on agit par la méthode de Dupuytren, la chose est bien plus aisée ; et s'il persiste une légère hémorrhagie, on en devient facilement maître par de simples moyens locaux. M. Chassaignac rappelle alors quelques faits. Chez un vieillard auquel il avait amputé le bras

survint, le quinzième jour, une hémorrhagie; il lia l'axillaire, et le malade guérit. Un ouvrier eut une hémorrhagie grave par une plaie de l'éminence thénar. M. Chassaignac voulut lier dans la plaie, et il chercha à mettre par un lambeau antérieur le vaisseau à découvert; il éprouva alors des difficultés telles qu'il lia l'humérale.

M. Larrey croit qu'il importe ici de distinguer ce qu'on doit faire:

1° Dans les plaies récentes;

2° Dans les plaies anciennes;

3° Dans les plaies compliquées d'inflammation.

1° Pour les plaies récentes, la pratique la plus rationnelle, c'est de lier dans la plaie.

2° Si la plaie est ancienne, mais s'il n'y a pas d'autre accident que l'hémorrhagie, on peut rechercher l'artère au fond de la plaie, sinon on liera au-dessus.

3° La ligature à distance lui paraît bien indiquée dans les plaies enflammées.

M. Richet répond à M. Chassaignac que dans le fait cité par lui les collatérales étaient oblitérées parce que le caillot remontait au-dessus d'elles; mais le sang en retour y arrivait.

M. Denonvilliers. Les distinctions de M. Larrey sont nécessaires; je m'y rattacherais volontiers si je ne pensais qu'il ne peut y avoir de préceptes absolus. Ainsi un malade souffrait d'une hémorrhagie du cuir chevelu; mais atteint en même temps d'un érysipèle, il ne pouvait supporter la compression. M. Denonvilliers disséqua l'artère et la lia. Il croit que MM. Notta et Nélaton ont rendu un grand service en recommandant de lier à une très petite distance de l'extrémité lésée. On oublie trop vite les grands accidents des ligatures d'artères. M. Denonvilliers cite un cas où la ligature suivant la méthode de Hunter fut pratiquée avec succès pour une hémorrhagie consécutive à une amputation de cuisse. Quelque désir qu'on eût eu de lier dans la plaie, cela ne pouvait avoir lieu. M. Denonvilliers lia la fémorale, et le malade guérit. Ainsi on peut poser des préceptes généraux, mais non absolus.

M. Robert. Dupuytren ne cite à l'appui de sa pratique que des observations prises pour des ligatures des membres inférieurs; mais il faut distinguer ce qui appartient aux membres supérieurs, où la méthode d'Anel est déplorable.

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

COMITÉ SECRET.

Prix fondé par J.-R. Duval. — La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les auteurs qui voudront concourir devront adresser *franco*, avant le 15 mai 1855, deux exemplaires de leur thèse au secrétaire général de la Société, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 19 juillet 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DENONVILLIERS fait voir à la Société un jeune homme qui, en exerçant sa profession de rémouleur, reçut au visage un éclat d'une meule qui se brisa en plusieurs fragments. Il y eut un décollement assez considérable des parties profondes; mais le malade guérit, en conservant toutefois une bride cicatricielle qui s'étend de l'angle externe de l'œil droit à la commissure de la lèvre du même côté. Le tiraillement exercé par cette cicatrice sur la paupière inférieure est plus grave que celui de la lèvre, car l'œil ne peut pas se fermer. De plus, les cils déviés se rapprochent de la conjonctive et y entretiennent un état inflammatoire. Cette fâcheuse difformité engage M. Denonvilliers à pratiquer ici une opération; mais avant d'entreprendre quelque chose, il a voulu présenter ce malade à la Société, qui appréciera plus tard le résultat opératoire.

Engagé par quelques membres à faire connaître maintenant l'opération qu'il se propose d'exécuter, M. Denonvilliers en décrit les principaux temps. Il détachera d'abord l'angle externe et abaissé de l'œil par deux incisions réunies à angle; dans un second temps, il formera au-dessus et un peu en dehors de ce premier triangle un second à sommet opposé au précédent. Cela fait, il relèvera le triangle correspondant à l'angle externe de l'œil et le fera ainsi passer à la place de l'autre, qu'il abaissera. Ces deux triangles cutanés basculeront ainsi l'un sur l'autre.

— M. Chassaignac montre un enfant dont le bout du nez avait été envahi par une tumeur érectile. Douze piqûres de vaccine ont été faites sur cette extrémité nasale; mais on ne peut pas encore dire quel sera le résultat de ces inoculations.

Transmissibilité de la syphilis. — M. Cullerier lit la lettre adressée à la Société par M. Mattei sur ce sujet.

Après cette lecture, il ajoute que les deux observations de M. Mattei n'infirment rien de ce qu'il a voulu prouver, puisque dans les deux cas les mères ont été trouvées malades, l'une pendant la grossesse, l'autre au moment de l'accouchement.

Discussion sur le travail de M. Notta. — M. Demarquay a peu de remarques à faire sur les objections qui lui ont été adressées par quelques membres de la Société. En rendant compte des travaux de M. Notta, qui propose de lier l'artère immédiatement au-dessus de son ouverture dans la plaie, M. Demarquay n'a pas manqué de faire les réserves qu'ont exprimées déjà quelques personnes. A l'appui de cette remarque, il cite deux faits où il eût été impossible de se conformer aux préceptes recommandés par M. Notta.

M. Jarjavay, qui a réuni sur ce sujet un très grand nombre de faits, demande que la discussion soit renvoyée à une prochaine séance.

M. Larrey, en appuyant la demande de M. Jarjavay, exprime l'opinion qu'il serait convenable d'assigner une époque fixe aux discussions, afin qu'aucun membre de la Société ne pût être pris à cet égard au dépourvu.

Cette discussion close, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Demarquay; elles sont adoptées, et M. le docteur Notta est nommé membre correspondant de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. Lenoir écrit pour demander un congé de deux mois. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. le docteur Blot écrit pour demander à être porté sur la liste des candidats à la place de membre titulaire vacante devant la Société.

— M. le docteur Laborie présente un mémoire de M. le docteur Friedrich Pauli (de Landau) intitulé *Ueber contagiositat ünd Erbickeit der syphilis* (sur la transplantation de la syphilis par la voie de la vaccination). Ce travail a été entrepris en faveur d'un confrère qui fut dénoncé pour ce fait, puis destitué de sa place, et enfin puni d'emprisonnement.

— M. Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, envoie un travail intitulé *Amputation dans l'articulation scapulo-humérale du côté droit par suite d'une tumeur de mauvaise nature (encéphaloïde) qui a pris son origine à la partie moyenne et antérieure de l'humérus en juin* 1853. (Renvoi à une commission composée de MM. Larrey, Gosselin et Désormeaux.)

RAPPORT.

M. Gosselin lit le rapport suivant sur un travail de M. Fano intitulé *Nouvelle méthode pour pratiquer la ligature de l'aorte abdominale*.

Messieurs, M. le docteur Fano a lu dernièrement devant la Société un travail relatif à l'une de ces grandes opérations que peu de chirurgiens ont entreprises, et dont la science n'a encore à enregistrer aucun succès, la ligature de l'aorte abdominale. Vous n'ignorez pas que dans un cas désespéré d'hémorrhagie produite par l'ouverture d'un anévrisme de l'iliaque externe, sir A. Cooper s'est décidé à ouvrir le ventre et à placer une ligature sur l'aorte, et que son exemple a été imité par deux chirurgiens anglais, James (de Dublin), Murray (du Cap), et que dans tous les cas la mort est survenue promptement. Faut-il l'attribuer à la péritonite, ou du moins au trouble général causé par la lésion étendue et l'irritation prolongée de la séreuse abdominale? Il est permis de le penser. Sans l'intervention de cette cause, la mort ne serait-elle pas survenue par l'afflux du sang artériel vers des viscères intérieurs, par la gangrène des membres pelviens, ensuite par l'hémorrhagie consécutive, comme dans le cas de M. Monteiro? Il est également permis de le penser; de sorte qu'en accumulant tous les raisonnements et toutes les hypothèses possibles, on serait autorisé à conclure que cette opération ne peut jamais réussir, et qu'en conséquence il vaut mieux ne pas l'entreprendre. Pourtant comme les succès, en chirurgie, ont quelquefois dépassé les prévisions les plus rationnelles, comme la ligature de l'aorte peut être légitimée par les succès obtenus sur les animaux et par quelques recherches

qui ont fait voir l'aorte oblitérée sur le cadavre; comme, en fait, l'on ne saurait blâmer un chirurgien qui, en présence d'un cas désespéré, comme celui d'A. Cooper, entreprendrait de nouveau cette périlleuse opération, il est permis de poser cette question : « Quel serait alors « le procédé le plus avantageux? » Tel est, messieurs, le terrain sur lequel se place M. Fano, tel est le sujet sur lequel il est venu appeler votre attention. Notre jeune confrère n'apporte ni faits, ni raisonnements cliniques nouveaux en faveur de la ligature de l'aorte, il se dit seulement que puisque de grands chirurgiens l'ont faite, d'autres pourront la faire à leur tour, et en conséquence il vient, avec l'autorité que lui donne son talent d'anatomiste, conseiller un mode opératoire qui lui paraît préférable à ceux employés jusqu'à ce jour.

Le but principal que s'est proposé M. Fano est celui-ci : lier l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine, comme on le fait pour l'iliaque externe et l'iliaque primitive. Déjà M. le docteur Monteiro, professeur de médecine opératoire à l'Ecole de Rio-Janeiro, s'est préoccupé de cette idée.

Le procédé de M. Fano diffère de celui de M. Monteiro en ce qu'au lieu de faire l'incision latéralement il la pratique en arrière, dans la région qu'il propose d'appeler costo-iliaque.

L'auteur présente d'abord quelques considérations anatomiques sur cette région; il indique les diverses couches qui la forment et donne la mesure, qu'il a prise avec soin, de la longueur des portions du vaisseau comprises entre les grosses collatérales : savoir, de l'origine des artères rénales à la bifurcation de l'aorte, 10 centimètres; entre les artères rénales et la mésentérique inférieure, 4 centimètres et demi. Il montre également par des chiffres que l'aorte abdominale est plus rapprochée du psoas gauche que du droit; car il a trouvé, du bord externe du psoas gauche au bord correspondant de l'aorte, 6 centimètres; du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, 7 centimètres et demi. Cette circonstance, ajoutée à la présence de la veine cave inférieure à droite, indique formellement la nécessité de faire l'incision à gauche.

Les instruments dont se sert M. Fano sont un bistouri ordinaire, et de plus une sonde cannelée et une pince beaucoup plus longue que celles qu'on emploie habituellement dans les opérations. C'est là un léger inconvénient; car si l'opération est urgente, et elle l'est lorsqu'il faut arrêter une hémorrhagie, on pourra n'avoir pas à sa disposition ces instruments spéciaux. Or, il est incontestable qu'avec la pince à disséquer et la sonde cannelée ordinaire, on ne parviendrait qu'avec

d'extrêmes difficultés, et peut-être même ne réussirait-on pas à placer la ligature.

Quoi qu'il en soit, le sujet étant couché sur le ventre, ou du moins sur le côté droit, le corps renversé en avant, M. Fano exécute l'opération de la manière qui sera indiquée plus bas.

Nous avons vu M. Fano pratiquer son opération sur le cadavre, nous l'avons pratiquée nous-même, et nous avons reconnu qu'en effet il était possible d'arriver sur l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine; que l'incision proposée par l'auteur y conduit même assez facilement, à la condition de suivre les règles qu'il a tracées; car si cette incision est un peu trop en dedans, on arrive sur la partie latérale des corps vertébraux, et l'on a beaucoup de peine à les contourner pour saisir l'artère au-devant d'eux. Nous avons constaté de plus que le rein et l'uretère sont aisément ménagés. La seule objection que nous adresserions à ce procédé est la blessure inévitable des artères lombaires à une grande profondeur et au voisinage de leur origine. La profondeur de la plaie peut rendre la ligature très difficile; leur voisinage de l'aorte peut donner lieu à un écoulement de sang abondant. Sous ce rapport, le procédé de M. Monteiro présenterait un peu moins de difficultés, car les mêmes artères sont coupées dans une région moins épaisse et dans un point où elles sont déjà plus petites et assez éloignées de leur origine pour ne pas fournir une trop grande quantité de sang. Il faut considérer, d'autre part, que l'incision de M. Fano permet d'arriver plus sûrement et plus vite sur le vaisseau; qu'elle met plus sûrement à l'abri de la lésion du péritoine, et qu'elle se trouve située assez favorablement pour l'écoulement du pus. C'est pourquoi, malgré l'objection que nous lui adressions tout à l'heure, elle nous paraîtrait mériter la préférence.

Nous serions heureux, messieurs, de pouvoir prédire à ce procédé nouveau les succès qui ont manqué aux anciens; mais nous craignons qu'il n'en soit pas ainsi, car la gravité de la ligature de l'aorte est due à tant de circonstances indépendantes de la lésion du péritoine, que nous ne pouvons nous laisser aller à l'espérance que le seul fait de l'intégrité de cette membrane mettrait le malade à l'abri des accidents mortels.

Néanmoins, la Société voudra bien reconnaître que les recherches et le travail de M. Fano sont inspirés par le désir de faire faire un progrès à la médecine opératoire et par de bonnes études anatomiques.

C'est pourquoi nous vous proposons :

1° De remercier M. Fano de sa communication;

2° D'insérer son travail dans vos Bulletins.

Nouvelle méthode pour pratiquer la ligature de l'aorte abdominale sans ouvrir le péritoine, par M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté. — Jusque dans ces derniers temps, la méthode employée pour la ligature de l'aorte abdominale, dans le petit nombre de cas où cette opération a été pratiquée, est celle que sir A. Cooper mit en usage le 25 avril 1817; elle consiste à aller chercher l'aorte au moyen d'une incision faite à la paroi abdominale antérieure, incision longue de 3 pouces, pratiquée sur la ligne blanche, autant au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic. On comprend toute la gravité d'une pareille opération, en se rappelant qu'il est nécessaire d'intéresser le péritoine et d'éviter la blessure des intestins. Néanmoins l'opération entreprise par A. Cooper a trouvé des imitateurs, qui n'ont guère obtenu un succès plus brillant que le chirurgien anglais.

M. le docteur Candido Borges Monteiro, professeur de médecine opératoire et d'appareils à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, a eu l'idée de pratiquer la ligature de l'aorte par un procédé qui fut exécuté sur le vivant le 5 novembre 1842 de la manière suivante :

Dans un premier temps, incision oblique étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité libre de la dernière côte abdominale; division successive des diverses couches, le *fascia transversalis* compris, sans intéresser le péritoine. Dans un second temps, séparation de la séreuse abdominale jusqu'à l'aorte, puis fil à ligature conduit autour du vaisseau au moyen d'un instrument spécial imaginé par M. Monteiro.

La méthode que nous proposons consiste à arriver sur l'aorte par la région du flanc, ou, si l'on aime mieux, par la région que nous appellerons costo-iliaque. Avant de décrire le procédé, qu'il nous soit permis de rappeler quelques détails d'anatomie chirurgicale nécessaires pour son intelligence.

Dans toute la portion abdominale, l'aorte est dirigée un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Cette obliquité étant beaucoup plus marquée au niveau de la portion comprise entre les piliers du diaphragme, il en résulte que l'aorte présente au niveau du tronc cœliaque un angle obtus à sinus tourné à gauche.

La longueur de quelques-unes des portions de l'aorte circonscrites par les grosses branches collatérales offre de l'intérêt à connaître. Chez

un sujet adulte, il y a depuis l'origine des artères rénales jusqu'au niveau de la bifurcation de l'aorte, 10 centimètres. Entre les artères rénales et la mésentérique inférieure, 4 centimètres et demi. Le point de l'aorte qui correspond à l'articulation vertébro-costale de la douzième côte est situé immédiatement au-dessus de l'origine du tronc cœliaque. Enfin, il est à peine besoin de rappeler ici que la veine cave inférieure longe le côté droit de l'aorte abdominale.

La région costo-iliaque (région des flancs de quelques auteurs) est circonscrite supérieurement par la dernière fausse côte, qu'il est toujours facile de reconnaître à travers les téguments; inférieurement par la crête iliaque. Chez un sujet adulte, il existe une distance de 6 centimètres et demi à 7 centimètres entre ces points extrêmes, longueur suffisante pour l'incision à pratiquer. Si on examine la constitution anatomique de la région, on trouve, en procédant de dehors en dedans:

1° La peau, qui offre ici une épaisseur assez considérable;

2° Le tissu cellulaire graisseux sous-cutané d'un aspect serré;

3° Le muscle long dorsal;

4° Supérieurement, la portion inférieure du petit dentelé postérieur et supérieur; dans le reste de l'étendue de la région, le feuillet postérieur de l'aponévrose postérieure du transverse confondu avec l'aponévrose du grand dorsal, s'insérant aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires, pour former la gaîne postérieure des muscles longs du dos;

5° Le feuillet moyen de l'aponévrose postérieure du transverse passant derrière le carré lombaire, pour aller former la gaîne postérieure des muscles spinaux postérieurs;

6° Le muscle carré lombaire;

7° Le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, passant au-devant du carré lombaire;

8° Le péritoine, au-dessous duquel rampent deux filets nerveux du plexus lombaire, la grande et la petite branches abdominales.

Voici maintenant le procédé opératoire pour arriver sur l'aorte :

Une incision d'environ 8 centimètres s'étend de la dernière côte gauche à la partie la plus reculée de la crête iliaque du même côté, parallèlement et un peu en dehors du bord externe des muscles spinaux postérieurs. On repousse ces muscles en dedans après avoir incisé le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse. On incise, toujours parallèlement à la plaie extérieure, le feuillet moyen de l'aponévrose; puis, avec précaution et couche par couche, le muscle carré lombaire; quand on est arrivé sur le feuillet antérieur de l'apo-

névrose du transverse, on le coupe en dédolant, afin de ne pas blesser le péritoine. On décolle cette membrane séreuse au-devant du muscle psoas, et on arrive ainsi au-devant de la colonne vertébrale sur laquelle l'aorte est appliquée. On sépare l'artère de la veine cave inférieure, et au moyen d'une aiguille de Deschamps on passe un fil sous le vaisseau que l'on veut lier. Ce temps de l'opération est le seul qui comporte des difficultés. L'aorte étant située profondément, il est nécessaire de se servir de pinces un peu plus longues que les pinces à dissection ordinaires de nos trousses. La sonde cannelée destinée à opérer l'isolement du vaisseau doit avoir aussi une certaine longueur.

L'opération doit être faite de toute nécessité du côté gauche à cause de la présence de la veine cave inférieure à droite. La distance entre la plaie extérieure et l'aorte est d'ailleurs moins grande du côté gauche que du côté droit, ainsi qu'on pourra en juger par les mesures suivantes :

Du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, au niveau du point d'origine des artères rénales, il y a 7 centimètres et demi ;

Du bord externe du psoas gauche au niveau du bord correspondant de l'aorte, 6 centimètres seulement ;

Au niveau de la mésentérique inférieure, du bord externe du psoas droit au bord latéral correspondant de l'aorte, 8 centimètres; du bord externe du psoas gauche au bord latéral correspondant de l'aorte, 7 centimètres.

L'avantage est, comme on le voit, tout entier pour la région costo-iliaque gauche, en quelque point de l'aorte qu'on veuille appliquer la ligature.

On peut pour exécuter l'opération coucher le sujet sur l'abdomen, ce qui sur le vivant offrirait peut-être quelques inconvénients, ou bien sur le côté droit, la partie supérieure du corps un peu renversée en avant.

Il est facile de comprendre les avantages de cette nouvelle méthode opératoire. Le plus grand est assurément l'absence de toute lésion du péritoine, résultat que M. Monteiro obtient également avec son procédé. Mais dans celui que nous venons de faire connaître le décollement de la séreuse est moins étendu ; enfin la plaie extérieure siége dans un point du corps habituellement déclive, considération du plus haut intérêt pour prévenir les infiltrations sanguines ou purulentes qui doivent être la conséquence de l'opération, si les malades ont le bonheur de résister aux suites immédiates.

La discussion suivante s'engage sur le rapport de M. Gosselin :

M. GERDY rappelle qu'il a indiqué dans son *Anatomie des formes* un procédé à peu près identique à celui dont M. Fano a entretenu la Société. En pratiquant une incision suivant le sillon latéral des lombes, on peut décoller le péritoine et aller lier l'aorte sans léser la membrane séreuse. M. Gerdy a aussi conseillé cette incision pour dégager certains calculs rénaux.

M. DEMARQUAY a pratiqué plusieurs fois la ligature de l'aorte sur des animaux, et, quelques précautions qu'il ait prises, il a toujours déchiré le péritoine. Tous les animaux qui ont subi cette opération sont morts.

M. GOSSELIN répond à M. Gerdy que M. Fano n'a point mentionné le procédé signalé dans l'*Anatomie des formes*, et à M. Demarquay qu'il ne faut point conclure que le péritoine se déchirerait chez l'homme.

M. GIRALDÈS a eu l'occasion de voir des animaux auxquels on avait lié l'aorte, et presque toujours ils ont été frappés de paraplégie.

Après quelques observations de M. Demarquay, qui réclame pour M. Longet la découverte de ce dernier fait, et de M. Verneuil, qui conteste cette priorité, la discussion est close et les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. MICHON lit, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Desormeaux et lui, le rapport suivant sur une observation de M. Diday intitulée **Fistule urinaire urétrale chez l'homme guérie par un moyen simple de compression. Observation suivie de réflexions.**

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Larrey, Desormeaux et moi de vous faire un rapport sur la candidature de M. Diday (de Lyon) et sur un travail que ce chirurgien a adressé à la Société l'année dernière. Ce travail m'a été remis à l'époque des vacances et au moment où je partais de Paris. Depuis, le trouble survenu dans ma santé au commencement de l'hiver m'a complétement fait perdre de vue l'obligation que j'avais contractée envers la Société et envers le digne et honorable confrère qui sollicite vos suffrages. Je regarde comme un devoir de donner cette explication, non pour me justifier, car j'accepte de la part de la Société le blâme que j'ai pu encourir pour mon oubli, mais pour établir surtout qu'il n'y a eu aucun mauvais vouloir à l'endroit de M. Diday, que je compte au nombre de mes amis.

Le travail de M. Diday a pour base une observation de fistule urinaire urétrale encore récente, et guérie par un procédé de compression ingénieux et nouveau. Il s'agit d'un malade de quarante-huit ans, qui, pris d'une blennorrhagie (qui cependant n'était pas la première qu'il

eût eue), eut des accidents inflammatoires d'une grande intensité qui amenèrent au bout de douze jours un abcès à l'ouverture duquel succéda une fistule urinaire périnéale, sur la formation et le diagnostic de laquelle il ne saurait s'élever aucun doute. C'est quinze jours environ après l'établissement de la fistule que le malade se confia aux soins de M. Diday. Notre confrère, bien convaincu qu'un des meilleurs moyens de guérir les fistules urinaires récentes est de s'opposer au passage de l'urine, songea aux moyens ordinaires, à l'usage de la sonde à demeure. Mais il avait affaire à un malade d'une rare pusillanimité, que la crainte de toute opération jetait dans une perturbation morale profonde, chez lequel aussi il existait une sensibilité exagérée du système nerveux et en particulier de l'urètre. La sonde ne put être introduite qu'avec de grandes difficultés pour le chirurgien, bien que le canal fût libre, et qu'avec d'atroces douleurs pour le malade. Laissée à demeure, bien que le patient y mît toute sa bonne volonté, elle ne put être supportée au delà de 48 heures ; elle détermina de violentes douleurs, de la fièvre avec des paroxysmes vers le soir. La sonde dut être retirée. Les accidents inflammatoires furent combattus ; mais le malade se désespérait et pressait d'agir. Dans l'impossibilité de recourir de nouveau à la sonde, M. Diday songea à la compression ; disons plutôt à l'obturation momentanée du trajet fistuleux, obturation faite chaque fois que le malade urinait. Ce fut à l'aide d'une vessie insufflée appliquée fortement par la main du chirurgien au périnée, sur le trajet fistuleux, que cette compression fut faite ; et pendant quinze jours et quinze nuits la femme du malade répéta la même manœuvre chaque fois que le malade manifesta le besoin d'uriner, prolongeant cette compression quelques minutes encore après que l'acte de la miction était accompli. Le quinzième jour la guérison était accomplie, et elle se maintenait plusieurs mois après que M. Diday revit le malade. L'urètre avait repris toutes ses fonctions urinaires et génitales.

Tel est le résumé très succinct de cette observation recueillie avec tout le soin et toute la sagacité dont est capable un homme expérimenté comme l'est M. Diday. Cette observation, à laquelle votre rapporteur n'a rien trouvé à ajouter ni à retrancher, constitue un de ces faits rares que la science doit enregistrer et conserver avec soin.

M. Diday l'a accompagnée de remarques, de réflexions qui font d'une seule observation un véritable mémoire.

M. Diday est personnellement connu de nous tous. Ancien interne des hôpitaux de Paris, concurrent brillant au concours de l'agrégation, M. Diday a été chirurgien en chef d'un des hôpitaux de Lyon ; il oc-

cupe dans cette grande ville et dans l'estime des chirurgiens un rang éminent. Il est auteur de travaux nombreux et importants.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° L'admission de M. Diday comme membre correspondant ;

2° Le renvoi de son travail au comité de publication.

Fistule urinaire urétrale chez l'homme guérie par un moyen simple de compression. Observation suivie de réflexions ; par M. le Dr Diday.

Une fistule urinaire, même récente, unique, à trajet sans embranchements, exempte de complication, offre toujours tant de difficultés pour son traitement, que tout moyen capable de seconder celui-ci doit, ce me semble, être accueilli avec quelque faveur. C'est à ce titre que j'ose réclamer la bienveillante attention de la Société pour la communication du procédé très simple qui m'a suffi à obtenir la guérison d'une fistule urétrale survenue au milieu de circonstances qui en aggravaient le pronostic.

M..., âgé de quarante-huit ans, bien constitué, d'un tempérament éminemment sanguin, ayant déjà eu plusieurs urétrites heureusement terminées, en contracta, vers le 12 août 1852, une dernière. Celle-ci, contrairement à la décroissance qui s'observe habituellement dans les accidents successifs de ce genre chez le même individu, affecta dès son début, et malgré un traitement antiphlogistique et délayant énergique, les caractères de l'acuité la plus prononcée. Douze jours après son début, M... commença à sentir une tuméfaction au point de jonction du pli génito-crural gauche avec le périnée. Plusieurs applications de sangsues, les topiques émollients, les bains de siége prolongés ne purent enrayer le développement de cette tumeur, dont nulle circonstance appréciable n'expliqua la formation. Le médecin du pays, la trouvant fluctuante, en fit l'ouverture avec le bistouri le 20 septembre. Il en sortit immédiatement une certaine quantité de pus mal lié, et à partir de ce moment, chaque fois que le malade évacuait l'urine, une partie du liquide sortait par l'ouverture artificielle. Ne voyant aucune amélioration se produire, le médecin conseilla à M... de venir demander un avis à Lyon. Il y arriva le 8 octobre, et se confia à mes soins.

A ce moment, l'intensité des phénomènes inflammatoires urétraux était un peu calmée. Il restait toutefois encore un écoulement purulent, non filant, médiocrement copieux, accompagné d'une sensibilité en urinant, qui devenait douleur durant l'érection.

Presque immédiatement en arrière des bourses, à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane, le malade me montra une petite ouverture ombiliquée, sans trace d'inflammation ambiante. Un stylet

ordinaire s'y enfonçait dans une direction tendant vers l'urètre, et d'ailleurs le doigt palpait une dureté sous forme de cordon, très peu sensible à la pression, s'étendant de cette ouverture à l'urètre. Pour confirmer ces présomptions d'une communication entre le caual urinaire et l'extérieur, je fis pisser M... devant moi, et je reconnus que l'urine s'échappait d'abord goutte à goutte de l'orifice fistuleux, puis, au bout de quelques secondes, sortait, et jusqu'à la fin, par un jet dont le volume égalait à peu près celui de la colonne liquide simultanément fournie par le méat.

Cet état, qui durait depuis l'ouverture de l'abcès sans s'être le moins du monde amendé, préoccupait extraordinairement notre malade. Impressionnable et craintif à l'excès, le mot de *fistule* lui semblait présager toute une vieillesse d'infirmités ; la seule pensée d'une opération le glaçait d'effroi. Du reste, l'affaiblissement résultant d'une inflammation suppurative profonde avait réagi sur son moral et augmentait sa pusillanimité naturelle. Quoiqu'il fût actuellement exempt de fièvre et conservât de l'appétit, il n'osait quitter la chambre et gardait même presque constamment le repos au lit, de peur, disait-il, d'aggraver sa position.

J'employai quelques jours à calmer par des bains et des boissons délayantes l'inflammation de l'urètre, que les fatigues de la route avaient un peu ramenée. Je m'occupai en même temps de ranimer son courage en lui faisant comprendre le mécanisme aussi simple que sûr par lequel une sonde, déviant l'urine de sa voie anomale, condamne celle-ci à l'inaction et provoque son oblitération spontanée. Bref, lorsque j'eus réduit la maladie de l'urètre à une blennorrhagie chronique et à peu près indolente, je commençai à agir par l'introduction de la sonde.

Mais des difficultés sérieuses m'attendaient dans l'exécution de cette entreprise rationnelle. Je ne parle pas des vives souffrances que détermina le passage de la sonde. Quoique je l'eusse choisie en gomme élastique très flexible, de moyen calibre ; quoiqu'elle parvînt à pénétrer sans mandrin et très aisément, M... ne cessa de jeter des cris durant toute l'opération. La sonde fut laissée à demeure et fixée. Ce ne devait être là que le prélude d'accidents plus fâcheux.

A peine la sonde était-elle en place depuis deux jours que, malgré toute la patience dont il cherchait à faire usage pour seconder mes efforts, M... se plaignit de douleur vive et continuelle dans toute la longueur du canal. L'écoulement, presque éteint, ne tarda pas à reparaître jaune verdâtre. Le troisième jour, la fièvre s'établit avec des redoublements quotidiens vers le soir. Je voulus maintenir la sonde en dépit de l'irritation qu'elle occasionnait. Mais l'appétit se perdit en-

tièrement ; des érections nocturnes très douloureuses, une fièvre intense et continuelle, de la sensibilité au toucher le long du canal me forcèrent d'y renoncer. Ce qui me décida surtout, ce fut de voir que sous l'influence du séjour de la sonde le trajet fistuleux s'était enflammé et que son orifice versait, même dans l'intervalle, entre les excrétions urinaires, un muco-pus jaunâtre assez abondant. Je retirai, en conséquence, la sonde six jours après l'avoir mise. Du moment qu'elle fut extraite, l'urine recommença à passer par l'ouverture anomale en aussi grande quantité qu'auparavant.

J'employai de nouveau huit jours à apaiser par une application de sangsues, des bains de siége multipliés, des cataplasmes émollients, quelques injections d'eau fraîche l'état de surexcitabilité vasculaire et nerveuse de la muqueuse urétrale. L'emploi du copahu était momentanément contre-indiqué par la susceptibilité des voies digestives. Au bout de huit jours, le 25 octobre, j'essayai une seconde fois de placer la sonde à demeure. Le cathétérisme fut tout aussi difficile à supporter qu'il l'avait d'abord été. L'inflammation locale, la tension douloureuse du trajet fistuleux, la fièvre se réveillèrent avec la même intensité, et plus promptement encore ; si bien que trois jours d'épreuve suffirent pour me convaincre que ce moyen de traitement était actuellement impraticable chez mon client. L'introduction de la sonde répétée aussi souvent qu'il avait besoin d'uriner n'était pas même proposable, vu les tortures que chaque cathétérisme reproduisait.

Dans cette conjoncture, un seul parti s'offrait : attendre que l'excitabilité de l'urètre fût calmée. Or, comme elle tenait à l'existence de la blennorrhagie et à une hyperesthésie naturelle dont on ne pourrait que difficilement trouver plusieurs autres exemples aussi accentués, il était indiqué de remédier à la première cause par l'emploi des antiblennorrhagiques à l'intérieur quand le moment serait arrivé, et à la seconde en émoussant la sensibilité par le passage réitéré de bougies en cire.

Mais ce plan, tout raisonnable qu'il était, demandait beaucoup de temps, et le malade, tourmenté de son état, me pressait d'agir. Ce fut alors que, pour lui faire prendre patience plutôt que dans l'espoir d'un résultat définitif, je songeai à utiliser chez lui les propriétés précieuses de la vessie de caoutchouc vulcanisé. Voici comment je procédai :

Je pris une de ces vessies insufflées qui, recouvertes de peau, servent sous le nom de ballon aux jeux des enfants. Après l'avoir dépouillée de son enveloppe, je la saisis dans la paume de ma main et l'appliquai fortement contre le canal de l'urètre de mon malade au niveau de la fistule. Je l'invitai alors à uriner. La surface de la vessie

de caoutchouc se trouva avoir été mouillée d'urine; mais il n'en était sorti qu'une petite quantité.

La femme du malade, personne aussi dévouée qu'intelligente, animée de ce zèle affectueux non moins qu'intrépide devant les assujettissements de chaque instant, entra immédiatement dans l'esprit de la manœuvre, et me promit de la répéter aussi souvent que son mari éprouverait le besoin d'uriner. Elle tint parole; pas une seule fois la voix qui l'appelait ne la trouva absente ou seulement assoupie. Pendant quinze jours et quinze nuits entières, son mari, on peut le dire à sa louange, n'urina que de sa main.

Peu à peu, et à mesure que j'en voyais les bons effets, je perfectionnai la manœuvre compressive. Ainsi, craignant par-dessus tout que l'urine ne vînt à s'accumuler dans le trajet fistuleux, je conseillai de déboucher chaque fois avec la tête d'une épingle l'orifice extérieur qui avait de la tendance à se cicatriser avant l'occlusion du reste du sinus.

Une fois ce soin préalable accompli, on tenait la vessie doucement mais solidement appuyée. Son volume, égalant celui du poing, lui permettait de faire porter son action compressive à la fois sur l'ouverture extérieure, sur le trajet fistuleux, et principalement sur l'urètre, derrière le point où le trajet s'ouvrait dans son intérieur.

Tout étant ainsi disposé, on donnait au patient le signal d'uriner, en lui recommandant de s'abstenir autant que possible de tout effort, de toute contraction des muscles abdominaux, en lui enjoignant de se *laisser pisser* plutôt que de pousser lui-même l'urine par un mouvement actif.

Après que l'urine avait cessé de sortir, on maintenait encore la vessie en place pendant deux ou trois minutes, afin d'empêcher que les dernières contractions instinctives de la vessie, des muscles de la région membraneuse, ou la rétraction du reste du canal n'en fissent passer quelques gouttes dans la voie anormalement béante.

Enfin, la vessie ayant été ôtée, on pressait du bout du doigt sur le trajet, et de l'urètre vers l'extérieur, afin d'en évacuer immédiatement la petite quantité d'urine qui, nonobstant toutes nos précautions, aurait pu s'y engager.

Tant de soins eurent leur récompense; elle fut prompte et complète. La poche de caoutchouc, d'abord chaque fois mouillée par l'urine, n'en fut plus, dès le sixième jour, tachée qu'exceptionnellement et dans une très petite partie de sa surface. A partir du dixième jour il n'y en eut plus une seule goutte. Satisfait de cet heureux résultat, ravi de la perspective qu'il lui ouvrait d'une guérison possible sans sonde, le

malade reprit à vue d'œil son embonpoint et recouvra la gaieté qui l'avait abandonné depuis plusieurs mois. Au bout de treize jours, je le dispensai de désobstruer chaque fois avant d'uriner la petite ouverture extérieure. Le quinzième jour il partit, n'ayant plus besoin de continuer, mais se proposant de persévérer encore, par excès de prudence, dans l'application de la vessie. A cette époque, l'orifice extérieur était solidement et définitivement fermé. Le cordon indiquant la situation du trajet fistuleux n'offrait plus qu'un engorgement à peine perceptible. L'écoulement blennorrhagique était beaucoup moindre; aucune douleur ne se faisait sentir dans l'urètre, soit pendant l'émission des urines, soit durant l'érection.

Le 19 novembre (sept jours après son départ), je reçus des nouvelles de mon malade. La veille, pressé par un besoin imprévu d'uriner, il n'avait pas eu le temps de rentrer chez lui, et s'était décidé à pisser sans le secours de la vessie. Rien n'étant sorti par la fistule, il se hâtait de me l'annoncer.

Depuis lors il urina librement et renonça entièrement à la compression. La guérison ne se démentit pas un instant. Il a pu marcher comme à l'ordinaire, exercer le coït sans en éprouver aucun fâcheux effet. J'ai eu occasion de le revoir deux fois; la dernière le 29 mars (trois mois et demi après sa guérison); le cordon est complétement effacé, l'ouverture fistuleuse tout à fait méconnaissable. En un mot, la cure me paraît radicale et définitive. Je ne dois pas omettre de dire que douze jours après son départ de Lyon il prit, d'après mon conseil, des capsules au baume de copahu, qui coupèrent le flux urétral sans amener aucun accident.

Pour apprécier justement l'étendue du service que la compression a rendu à notre malade, il ne faut pas élever trop haut la valeur de ce moyen; mais on devra également se garder de la restreindre à des proportions qui ne seraient plus l'expression de son véritable degré d'utilité. Sans doute, chez M..., l'emploi de la sonde à demeure, quoique très difficile pour le moment, n'était point irrévocablement et à jamais impossible. Sans doute on aurait pu attendre la maturité complète du catarrhe urétral, le couper alors avec le copahu, habituer ensuite par degrés le canal à supporter la présence des bougies molles et y établir enfin la sonde en permanence. Mais ce plan exigeait, pour être exécuté, une temporisation prolongée; et l'on manquait ainsi le moment favorable, celui où, la fistule étant récente, son oblitération s'obtient plus aisément par la simple précaution de détourner les fluides qui la traversent.

Je dis que la compression remplissait plus opportunément cette in-

dication; j'ajoute que, seule, elle pouvait, dans l'espèce, la remplir complétement. Ceci me conduit à parler de la coexistence d'une blennorrhagie avec les fistules urinaires.

Lorsque l'urètre communique avec l'extérieur par un trajet anomal, si d'ailleurs l'urètre est sain, le seul obstacle à l'oblitération de ce trajet vient de ce que l'urine s'y engage incessamment et le maintient béant. Mais s'il existe, en outre, une sécrétion purulente de la muqueuse urétrale, une cause nouvelle et très sérieuse provoque la persistance de la fistule. Vous pouvez, avec la sonde à demeure ou introduite lors de chaque besoin de pisser, empêcher l'urine d'enfiler la voie non naturelle. Mais, pour détourner de même le muco-pus, souvent très abondant, le cathétérisme demeure impuissant; et non-seulement impuissant, mais directement et doublement pernicieux; car la présence d'une sonde obstrue à la fois et irrite le canal; elle s'oppose donc à la libre sortie du pus par le méat, et le force, en conséquence, de s'engager à travers la fistule, en même temps que, par son action irritante, elle augmente l'inflammation urétrale et rend plus copieuse la sécrétion purulente, qui est, comme on le sait, en raison directe de l'intensité de la phlegmasie.

Ces considérations m'ont été suggérées par une expérience déjà assez étendue des cas de ce genre. La déduction rationnelle à en tirer serait d'attendre jusqu'à ce que l'écoulement fût tari avant d'entreprendre le traitement de la fistule par la sonde. Mais ce parti très logique ne doit en réalité garder que la valeur d'un pis-aller si l'on se souvient de ce que nous rappelions tout à l'heure, de la nécessité de travailler aussi prématurément que possible à provoquer l'occlusion de ces sortes de fistules. Je dois ajouter que, si l'on posait en principe d'attendre pour commencer la cure la fin de l'écoulement urétral, on s'exposerait, ses malades et soi, à des déceptions aussi pénibles que communes. La blennorrhagie chez certains sujets affecte parfois une durée, une résistance aux moyens thérapeutiques usuels qui dépassent toutes les prévisions. Chez les gens âgés principalement, elle prend très souvent de semblables proportions. Ce n'est plus, s'il est permis d'appliquer ici un mot célèbre, ce n'est plus pour eux, comme dans la jeunesse, un accident, un épisode de leur existence, c'est la grande affaire de leur vie. La fluxion urétrale s'installe et s'enracine dans l'économie; elle y prend le rang d'une fonction nouvelle entrant dans les habitudes, peut-être dans les besoins de l'organisme, et gardant sa place avec une ténacité en rapport avec l'importance qu'elle s'est acquise. J'ai vu plusieurs exemples remarquables de cette chronicité désespérante, parfois presque incurable. En ce moment même je soi-

gne un malheureux confrère, voisin de la cinquantaine, et qui n'a vu qu'au bout de sept mois d'un traitement des plus sévères son écoulement *commencer à mûrir*. Je n'ai pas été seul à constater le fait. Mon habile et patient collègue M. Rodet et moi nous avons traité pendant un an et demi un vieillard de cette espèce de gonorrhée, et les ressources de l'art, combinées avec l'hygiène la mieux appropriée, ont été par nous épuisées sans pouvoir ni guérir ni même diminuer la quantité de l'écoulement d'une manière sensible. Pour de tels malades (et ce sont justement ceux chez qui les fistules urétrales se manifestent le plus fréquemment), attendre que l'urétrite soit entièrement terminée pour guérir la fistule, ce sera souvent différer de plusieurs mois, peut-être de quelques années leur cure complète. Et si l'on réfléchit au peu de temps qu'il leur reste parfois à vivre, à la facilité avec laquelle l'introduction et la présence d'une sonde font reparaître un écoulement récemment coupé, on conviendra que l'ajournement motivé par des considérants de ce genre équivaudrait souvent pour eux à un déni absolu de justice.

La compression telle que je l'ai pratiquée n'annihile pas en totalité ces causes d'insuccès; mais elle en neutralise quelques-unes, et différemment appliquée, elle serait capable de les combattre toutes avec avantage. Son premier et plus précieux effet est de dispenser de la sonde. Par cela seul, elle permet au chirurgien d'agir contre la fistule dès le principe, à l'époque où l'on a le plus de chances d'obtenir sa réunion, et justement aussi à l'époque où la présence de la sonde serait une cause plus puissante d'exaspération pour l'inflammation urétrale. Traiter sans sonde et traiter de bonne heure est une double condition de succès, et nous avons vu que chez M... elle a été utilisée de façon à amener une guérison aussi prompte que solide.

Le mode d'action de cet appareil se comprend aisément. Son effet s'exerce à la fois en arrière et au niveau de la fistule. ***En arrière***, il appuie sur le canal, modère l'impulsion du jet d'urine, l'empêche ainsi d'opérer sur les parois du canal cette distension brusque qui oblige le liquide à s'écouler par toutes les issues ouvertes, par l'orifice anomal en particulier. ***Au niveau*** de la fistule, la vessie de caoutchouc presse et applique l'une contre l'autre les diverses couches organiques qui de dehors en dedans constituent ses parois. Elle fronce donc ces parois, et, rapprochant jusqu'au contact l'orifice externe du sinus de son orifice interne, abolit momentanément sa cavité et supprime tout interstice par où l'urine pourrait s'échapper.

Cette contention a suffi chez M...; mais le succès a probablement dépendu du peu d'ancienneté de la lésion, de l'étroitesse et de la si-

nuosité du conduit morbide, de l'état d'intégrité et de souplesse des parties molles ambiantes, enfin, et surtout, de ce que la matière sécrétée par l'urètre était en quantité modérée. La même médication serait-elle couronnée d'une semblable réussite en l'absence de ces conditions favorables? le serait-elle notamment s'il coexistait un écoulement urétral abondant? Pour que son effet curatif fût dans ce cas à la hauteur de l'indication, je proposerais un simple changement. Au lieu de se borner à appliquer la vessie toutes les fois que le malade éprouve le besoin d'uriner, je la laisserais en permanence maintenue par un bandage en T, produisant sur les mêmes parties une compression douce, mais continue. Avec cette modification aussi facile à supporter qu'à exécuter, la filtration du muco-pus serait prévenue, ainsi que celle de l'urine, et, cessant de servir à l'écoulement d'un liquide, le trajet pathologique serait bientôt cicatrisé.

— Après l'adoption des conclusions du rapport de M. Michon, M. Diday est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ecrasement de l'apophyse mastoïde et fracture de la base du crâne par le choc de deux projectiles, dans un cas de suicide par arme à feu. — M. Larrey présente à la Société le crâne d'un militaire récemment suicidé par un coup de feu, avec une lésion assez curieuse.

Le canon du fusil, pourvu de son bouchon (cylindre de bois surmonté d'une virole en fer), avait été appliqué sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, mais il s'était dévié de gauche à droite au moment de l'explosion. Le projectile, chassé par la balle, effleura d'abord la surface externe de la branche horizontale de la mâchoire sans la fracturer, mais il broya les vaisseaux carotidiens et les muscles environnants à tel point que leur texture anatomique en fut méconnaissable à l'autopsie. Il refoula ensuite en dehors la glande parotide, ainsi que le pavillon de l'oreille, et s'arrêta là dans une position verticale parallèle à la branche ascendante de la mâchoire. Son bout supérieur, garni du couvercle métallique, faisait saillie sous les téguments, et son bout inférieur, en bois, se trouvait aussi recouvert en grande partie par la peau et immédiatement par la parotide.

La balle, qui avait chassé le bouchon devant elle en écartant son extrémité inférieure garnie d'un clou, avait subi par cette résistance une légère déviation en dehors; elle avait frappé avec violence l'apophyse mastoïde, et s'était déformée en broyant tout à fait cette éminence osseuse, ainsi que l'attache supérieure du muscle sterno-mastoï-

dien; elle avait fracturé le temporal verticalement, et le rocher dans une direction oblique d'arrière en avant, sans perforer le crâne, et elle s'était arrêtée sous la peau en dehors de la bosse occipitale du même côté.

La pièce anatomique, préparée avec soin par M. Clément, stagiaire de l'Ecole du Val-de-Grâce, démontre très bien la disposition fixe des deux projectiles.

Ajoutons à cela qu'il n'y eut ni hémorrhagie externe appréciable, ni épanchement intra-crânien, peut-être à cause du broiement des vaisseaux, dont le sang amassé en caillot dans le foyer de la plaie ne formait, avec les parties molles réduites en bouillie, qu'un magma inextricable.

Est-ce à cette circonstance que le malheureux soldat dut de survivre environ quatre heures à ce suicide? Sa mort eût été probablement instantanée si la balle, ne s'étant point heurtée contre un autre corps étranger, eût perforé la base et la voûte du crâne, comme il s'en trouve des exemples dans le musée du Val-de-Grâce.

COMITÉ SECRET.

La Société adopte les deux questions suivantes comme sujets des prix à décerner dans les années 1855 et 1856 :

Prix de 1855. — « Déterminer les meilleurs modes de traitement » applicables aux abcès par congestion symptomatiques d'une lésion » de la colonne vertébrale. »

Prix de 1856. — « Faire connaître les résultats ultérieurs des ampu- » tations des membres abdominaux au point de vue de l'anatomie, de » la physiologie pathologique et de la prothèse. »

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 26 *juillet* 1854.

Présidence de M. Gosselin, vice-président.

CORRESPONDANCE.

MM. Diday et Notta, nommés membres correspondants, adressent une lettre de remercîments.

—M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen) adresse des renseignements sur la question de la transmission de la syphilis par la vaccine. Cette

lettre, qui a trait au mémoire envoyé par M. le docteur Pauli (de Landau), est remise à M. Broca pour faire un rapport.

— M. Richet dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Estor (de Montpellier), un mémoire ayant pour titre : *De la simplification en chirurgie.* (M. Richet, rapporteur.)

— M. Morel-Lavallée remet une observation de M. le docteur Herbert (de Tillières) sur *un fragment de dent logé dans la langue et simulant un cancer de cet organe.* (Rapporteur : M. Morel-Lavallée.)

— M. Morel-Lavallée dépose sur le bureau la thèse de M. Gellie (de Bordeaux) sur l'*hypertrophie de la prostate.* (Renvoi à M. Jarjavay.)

— M. le secrétaire général lit, de la part de M. le docteur Goyrand (d'Aix), membre correspondant, une observation intitulée :

Cancer de la langue. Amputation de cet organe après la section médiane de l'os maxillaire inférieur. — Delphine X..., de Salon (Bouches-du-Rhône), qui fait le sujet de cette observation, est âgée de cinquante-deux ans. Livrée aux travaux des champs, elle est d'une organisation forte et a des formes presque viriles. A quarante-huit ans, elle a cessé d'être réglée, sans que sa santé ait subi la moindre altération. Il y a un an, un bouton lui est survenu à la langue. Cautérisé à diverses reprises avec le nitrate d'argent, ce bouton n'a cessé de faire des progrès, et depuis six mois il prend de jour en jour un accroissement plus considérable.

Cette femme vient me consulter dans les premiers jours de mars 1854. Je trouve la langue occupée en grande partie par une tumeur dure qui augmente beaucoup le volume de cet organe et refoule sa base en arrière. La dégénérescence, bien limitée sur la face dorsale de la langue, l'est moins nettement sur le bord gauche, qui est induré jusqu'au delà du pilier antérieur du voile du palais. La surface de la tumeur est bosselée et couverte d'une ulcération qui a plus de profondeur sur le bord gauche de la langue et la partie correspondante du plancher de la bouche ; cependant les gencives de ce côté ne participent pas à l'altération. Les muscles qui s'insèrent à la face inférieure et aux bords de la langue et ceux du plancher buccal paraissent sains. La langue, engorgée, se meut dans tous les sens. En palpant profondément la région sous-maxillaire, on sent la résistance de la tumeur ; mais les ganglions sous-maxillaires sont parfaitement sains. La langue, dégénérée, est le siége de douleurs lancinantes. La mastication est impossible, la déglutition difficile et l'émission de la parole très gênée. L'état général est, du reste, excellent.

La seule chance de salut dans ce cas me paraît être dans l'amputation; et, si étendue que soit la dégénérescence, je crois pouvoir l'emporter en entier en m'aidant de la section de la symphyse du menton, comme l'a fait, il y a quelques mois, M. Maisonneuve. Je propose l'opération à la malade, sans lui en déguiser la gravité. Elle l'accepte sans hésiter, tant le mal dont elle est atteinte lui rend la vie insupportable, et le 13 mars elle vient, dans ce but, s'établir à Aix. MM. les docteurs Guiran, Payan, Bourguet, Rimbaud et Silbert, que je réunis en consultation, sont d'un avis unanime sur la nécessité de l'opération, que je pratique le 16 mars en présence de ces honorables confrères.

Opération. — La malade, assise sur une chaise en face d'une fenêtre, est soumise aux inhalations de chloroforme, que je ne pousse pas jusqu'à l'anesthésie complète, afin que la malade, ayant repris sa sensibilité quand j'en serai à la section de la langue; soit à même d'expulser par la toux le sang qui pourrait pénétrer dans les voies aériennes dans ce dernier temps de l'opération. Dès que la femme est à peu près insensible, je fais sur la ligne médiane une incision qui s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusque près de l'os hyoïde. Cette incision comprend toute l'épaisseur de la lèvre et des parties molles du menton. Avec une aiguille courbe à laquelle est fixée la scie à chaîne, je perce de bas en haut le plancher de la bouche sur la ligne médiane, en rasant la mâchoire en arrière. La scie est ainsi appliquée sur la partie postérieure de la symphyse du menton, et la section est opérée assez rapidement et avec la plus grande netteté. Les deux dents incisives moyennes avaient été préalablement extraites.

Un peu avant la fin de ce temps de l'opération, la malade commence à reprendre sa sensibilité; elle pousse quelques cris pendant l'action de la scie. Aussitôt que la section du maxillaire inférieur est opérée, un aide saisit les deux portions latérales de l'os, dont je facilite l'écartement en détachant le génio-glosse du côté gauche. Je saisis alors la langue dans sa partie tuméfiée avec la pince de Museux; mais elle se déchire sous l'action des crochets, et de la déchirure s'écoule de la substance pultacée cérébriforme. Je la saisis de nouveau un peu plus en arrière, et je l'amène enfin en avant, avec moins de facilité pourtant que je n'aurais cru. Je la détache alors du plancher buccal d'avant en arrière jusqu'au delà de la tumeur, où je la tranche suivant une ligne un peu oblique de gauche à droite et d'arrière en avant.

Après l'ablation de la masse cancéreuse, dans laquelle la glande sublinguale gauche est comprise, le doigt porté dans la cavité buccale constate à la partie postérieure du bord gauche de la langue, en ar-

rière de la section, une dureté suspecte. Un point induré est aussi reconnu à la partie moyenne de la plaie résultant de l'ablation de la langue ; je saisis l'un et l'autre avec l'érigne, et je les excise.

La malade a eu vers la fin de l'opération une syncope légère que la projection d'un peu d'eau froide à la face a promptement dissipée. Pendant la section de la lèvre et du menton, l'artère coronaire a donné un instant ; mais l'écoulement s'est bientôt arrêté. Après la section de la langue, plusieurs vaisseaux ont donné du sang; j'en ai lié deux, les autres ont cessé de couler. Enfin, après l'excision de la petite portion de tissu induré que j'ai enlevée en dernier lieu sur le plancher buccal, un vaisseau assez fort, que je n'ai pu saisir avec la pince, a donné abondamment pendant quelques instants ; mais un petit tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer a bientôt arrêté l'hémorrhagie.

Je fais coucher la malade immédiatement après l'opération, et je la laisse plus d'une heure sans la panser. Aucun nouveau vaisseau ne s'étant montré au bout de ce temps, je procède au pansement. Une mèche de toile effilée est placée, avec les fils des ligatures, dans l'angle sus-hyoïdien de la plaie. L'extrémité supérieure de la mèche sort à l'angle droit des lèvres. Cinq points de suture entortillée réunissent la lèvre et les parties molles du menton ; l'angle inférieur de la plaie est seul laissé béant. Le rapprochement des parties molles et des deux fragments de l'os maxillaire inférieur est très exact. Il ne me paraît pas nécessaire de maintenir les fragments osseux en contact au moyen du fil métallique appliqué sur les dents.

Je pense alors à examiner la tumeur linguale ; mais on l'a jetée pendant que nous étions occupés auprès de la malade. D'après ce que j'en ai vu pendant l'opération, je ne doute pas que ce ne fût un cancer encéphaloïde.

Je quitte la malade à onze heures, et je prescris la diète, l'eau fraîche pour boisson.

Le soir, il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le mouvement fébrile est peu prononcé ; les douleurs, d'abord assez vives, sont maintenant modérées ; la déglutition est facile.

Le 17, la malade a eu plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. La plaie est couverte d'un caillot. Depuis le moment de l'opération, il s'est écoulé par la bouche et le long de la mèche une assez grande quantité de salive sanguinolente. La malade souffre peu. — Eau fraîche; bouillon froid.

Le 19, la suppuration s'est établie. La plaie est couverte de pus

jaunâtre. Une salive purulente s'écoule par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade prononce quelques mots, mais peu distinctement ; il y a un peu d'engorgement sous le côté gauche de la base de la mâchoire. (Bouillons, tisane, cataplasmes sur le point engorgé.) — Le soir, l'appareil fébrile est un peu plus intense.

Le 20, l'engorgement sous-maxillaire a diminué ; l'état local et l'état général paraissent excellents ; l'appétit se prononce. J'enlève deux aiguilles de la suture; et je fais donner un léger potage à la semoule.

Le 21, j'ôte deux autres aiguilles, et ne laisse que celle qui est placée au-devant de la partie de la plaie qui donne passage à la mèche. La plaie est couverte d'une couche de pus de bonne nature. La région sous-maxillaire gauche est très souple. La déglutition est facile ; mais une partie des boissons et des potages sort par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade a eu une selle abondante. Le soir, il y a toujours un peu de chaleur et de fréquence du pouls.

Le 22 au matin, la malade est sans fièvre ; cependant elle a eu soif toute la nuit. J'enlève la dernière aiguille ; je fais donner des boissons fraîches et des potages, et je recommande à la malade de boucher avec son doigt l'ouverture sus-hyoïdienne toutes les fois qu'elle prendra quelque chose. La parole est assez distincte.

Le 23, Delphine se lève pour la première fois ; le 24, elle reste levée une grande partie de la journée. Je prescris des potages plus consistants et plus copieux.

Le 25, la réunion des parties molles de la lèvre et du menton est si exacte, qu'on ne reconnaît la cicatrice qu'à une ligne dont la nuance est exactement celle des parties voisines. Il n'y a pas un atome de pus sur ces parties, et les trous des aiguilles eux-mêmes ne suppurent pas. La partie postérieure de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, vient occuper une grande partie du plancher de la bouche. L'articulation des sons est de plus en plus distincte. L'état général est très satisfaisant, et la malade voudrait s'en retourner à Salon ; mais je m'oppose à son départ. Du reste, les deux fragments de la mâchoire sont encore très mobiles l'un sur l'autre. Un bandage en fronde les fixe exactement ; la mèche est enlevée.

Les jours suivants, la fièvre s'allume, et une tumeur phlegmoneuse se développe derrière la clavicule gauche. Quoique l'appareil fébrile, très intense le soir, ne disparaisse pas complétement le matin, il y a assez de rémission vers la fin de la nuit pour que je croie devoir recourir au sulfate de quinine, que j'administre en lavements. La tumeur phlegmoneuse est couverte de cataplasmes émollients.

Le sulfate de quinine administré pendant trois jours reste sans effet.

Le 1er avril, la tumeur sus-claviculaire n'a pas augmenté beaucoup de volume depuis son apparition, et elle est peu douloureuse. La plaie continue de marcher assez rapidement vers la cicatrisation ; l'ouverture sus-hyoïdienne s'est rétrécie; la langue est attirée de plus en plus en avant, son bord droit vient même se contourner derrière l'arcade alvéolaire et se porte à gauche. Mais l'état général est déplorable ; la fièvre persiste, et un état cachectique, caractérisé par l'œdème des pieds et des mains, de la main gauche surtout, et par la bouffissure de la face, se prononce chaque jour davantage.

Le 3, le travail de cicatrisation s'est arrêté. L'œil gauche est le siége d'une sécrétion puriforme ; la cornée de cet œil est terne, et semble être érodée superficiellement.

Le 4, je constate la diminution de toutes les sécrétions, la sécheresse de la bouche. La parole est beaucoup plus confuse. L'abcès sus-claviculaire s'est ouvert spontanément ; j'agrandis l'ouverture avec le bistouri. Le pouls s'est affaibli, l'œdème a augmenté. Je prescris du sirop de quinquina et du bouillon. La malade meurt le 6 avril, à neuf heures du soir, vingt et un jours après l'opération.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — Décomposition avancée. L'abdomen est distendu par des gaz, et ses parois sont bleuâtres. L'épiderme se détache de la partie interne des cuisses. Les liquides intestinaux qui se sont écoulés par les deux orifices de l'appareil digestif souillent les linges qui enveloppent le cadavre. L'œil gauche est terne, desséché à sa surface, brunâtre.

Je procède à la dissection de l'abcès du cou. Le tissu cellulaire de cette région est infiltré de pus et mortifié dans quelques points ; le foyer est sous le peaucier. Je trouve au centre du foyer la veine jugulaire externe distendue par du pus dans une longueur de deux centimètres. La collection purulente de la veine n'est pas en communication avec la veine sous-clavière ; mais l'adhérence ou le caillot qui empêchait le passage du pus de la jugulaire dans la sous-clavière devait être très faiblement organisé, car à la dissection je n'en ai pas trouvé la trace. Il est vrai que l'autopsie a dû être faite un peu précipitamment. Au-dessus du point distendu par du pus, je trouve la jugulaire et les branches qui en naissent oblitérées par des caillots sanguins. Les veines provenant du plancher de la bouche, qui vont s'ouvrir dans la jugulaire interne, sont perméables et saines. Je n'ai point examiné la veine maxillaire interne, ni la dentaire inférieure; les ra-

dicules de cette dernière, ramifiées dans le tissu aréolaire du maxillaire inférieur, étaient probablement le point de départ de la phlébite.

J'ouvre la poitrine et l'abdomen. Le cœur, les veines caves, les jugulaires internes, la jugulaire externe du côté droit, les sous-clavières n'offrent rien de remarquable. Le sang que contiennent ces vaisseaux et le cœur est d'une fluidité excessive ; les poumons sont congestionnés par hypostase à leur bord postérieur, mais ne présentent aucune trace de foyers purulents ; il en est de même du foie, dans lequel nous trouvons seulement quelques marbrures, quelques taches brunâtres.

Je détache une pièce qui comprend l'os maxillaire inférieur et les parties molles qui le recouvrent, la langue, l'os hyoïde, le larynx et une partie du pharynx. Derrière le pharynx, entre ce canal et la colonne vertébrale, existe un petit abcès. L'état phlegmoneux des tissus dans lesquels s'est formée cette petite collection purulente est très peu prononcé.

Voici ce qu'on peut constater sur la pièce pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie :

Les deux portions de l'os sous-maxillaire séparées par la scie ne sont pas réunies ; la portion restante de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, est bien plus considérable que je ne l'avais espéré avant l'opération, et que je ne l'avais cru immédiatement après l'avoir pratiquée.

La plaie de la cavité buccale est très réduite en tous sens ; elle a maintenant de très petites dimensions. A la place qu'occupait la glande sublinguale gauche se voit une dépression en gouttière qui aboutit à l'ouverture sus-hyoïdienne, dans laquelle était logée la mèche après l'opération. Rien à la surface de la plaie, ni dans l'épaisseur de la langue, qui ressemble au tissu cancéreux.

Nonobstant cette terminaison fatale, l'observation qu'on vient de lire nous paraît offrir encore un certain intérêt. Elle prouve une fois de plus qu'on peut enlever une portion considérable de la langue sans que la parole soit abolie, et doit contribuer à populariser un procédé opératoire qui recule les limites de l'action chirurgicale dans les cas de cancer très étendu de la langue.

Quant aux accidents qui ont emporté notre opérée, et qui, malgré l'absence des dépôts métastatiques dans les poumons et le foie, sont évidemment le résultat d'une infection purulente suite de phlébite, nous ferons remarquer en passant avec quelle rapidité l'état cachectique s'est produit. Le 25 mars, en effet, la malade ne présentait aucun symptôme alarmant, et le 1er avril la bouffissure de la face et

l'œdème des extrémités nous décelaient une *dissolution du sang* déjà parvenue à un haut degré. Cette marche rapide des accidents s'expliquerait peut-être par la situation du foyer purulent veineux si près du centre circulatoire et le défaut d'organisation de la barrière qui séparait ce foyer de la veine sous-clavière. On conçoit, en effet, que cette barrière, si peu résistante que je n'en ai pas trouvé les traces à l'autopsie, bien que le foyer purulent de la jugulaire fût alors fermé du côté de la sous-clavière, puisqu'il ne se vidait pas dans ce vaisseau, a pu dans le cours de la phlébite céder plusieurs fois à la pression du pus, et permettre ainsi à diverses reprises la libre communication du foyer purulent avec la veine sous-clavière et le mélange du pus avec le sang.

M. Maisonneuve, à la suite de cette lecture, fait remarquer que le mode opératoire mis en usage par M. Goyrand, c'est-à-dire la section du maxillaire inférieur pour favoriser l'extirpation de la langue, doit être rapporté à M. Sédillot. Déjà dans sa thèse sur les *tumeurs de la langue*, M. Maisonneuve avait consigné ce procédé en l'attribuant à son auteur; depuis lors il a été un peu oublié. La section verticale du maxillaire inférieur permet d'enlever très facilement une grande partie de la langue jusqu'à la base et à l'os hyoïde. On opère ainsi à ciel ouvert. M. Maisonneuve a pratiqué cinq ou six fois cette opération, et deux fois il a eu des insuccès. Les malades ont succombé au bout d'un temps assez long et par épuisement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. Voillemier présente le moignon d'une désarticulation tibio-tarsienne subie par un homme qui n'a jamais pu marcher après cette opération. Ce malade est venu réclamer l'amputation de la jambe, que M. Voillemier lui a pratiquée avec succès.

DISCUSSION.

M. Jarjavay demande s'il existait une adhérence du moignon aux cartilages.

M. Voillemier répond affirmativement.

M. Maisonneuve juge favorablement l'amputation sous-malléolaire, qu'il croit une bonne opération.

M. Voillemier a présenté la question comme étant en litige, car il a vu quelques malades dans l'impossibilité de marcher après cette opération.

M. Gerdy demande s'il existait des fongosités entre les téguments et les cartilages détruits; car il ne croit pas, comme M. Richet l'a soutenu, que les cartilagès soient résorbés par des fongosités venues des os.

M. Voillemier répond qu'il n'existait pas de fongosités entre les téguments et les os.

M. Larrey soutient contre M. Maisonneuve que les résultats ultérieurs de la désarticulation tibio-tarsienne ne sont pas aussi favorables que certains faits particuliers pourraient le faire croire.

M. Gosselin ajoute quelques détails sur l'état du malade auquel M. Voillemier a pratiqué l'amputation de la jambe.

Quand M. Gosselin l'opéra pour la première fois, la lésion paraissait tellement bornée aux os du tarse, que pendant quelque temps l'on songea à pratiquer l'amputation sous-astragalienne. Il est certain que les lésions actuelles sont consécutives à l'opération. Mais sont-elles dues à la même cause morbide ou aux efforts faits par le malade pour marcher? Là est la question.

M. Gosselin ajoute qu'au moment de l'opération cet homme était dans de très mauvaises conditions de santé. Il désirerait savoir de quel appareil prothétique ce malade s'est servi, car il avait conseillé celui qui prend son point d'appui sur la tubérosité de l'ischion.

M. Voillemier répond que cet homme n'a jamais marché sur le moignon, car il a toujours eu son genou fléchi. Il lui semble qu'à la suite de la section des malléoles il s'est développé là une ostéite. Il en conclut qu'il faudrait s'abstenir de l'amputation des malléoles, qui provoque tous les dangers des amputations dans la continuité.

M. Verneuil donne quelques renseignements sur les appareils prothétiques dont s'est servi ce malade. Il a vu, sur les registres de la Pitié, la désignation de deux appareils. On fit essai d'abord d'un appareil prothétique spécial, puis on revint à l'appareil classique.

M. Désormeaux a aussi examiné ce malade, qui souffrait d'un petit abcès au moignon. Il n'a jamais pu obtenir d'appareil spécial.

— La Société procède à la nomination d'une commission chargée de lui présenter une liste de candidats pour une place de membre titulaire vacante devant la Société.

MM. Guérin, Laborie et Boinet ayant réuni la majorité des suffrages, formeront la commission.

— La Société de chirurgie croit devoir rappeler que la valeur du prix annuel pour les questions qu'elle a posées dans la dernière

séance, pour les années 1855 et 1856, est de 400 francs. Ils seront décernés dans les séances annuelles.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin, suivant les formes académiques. Ils porteront en tête une devise se rapportant à celle écrite sur l'enveloppe, renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 15 mai 1855 et le 15 mai 1856.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 2 août 1854.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Maisonneuve présente à la Société une malade à laquelle il a enlevé une large tumeur fibreuse de la région cervicale. La plaie est aujourd'hui presque entièrement cicatrisée, et cette femme sortira bientôt guérie de l'hôpital. M. Maisonneuve insiste sur un temps du procédé opératoire mis en usage dans ce cas, à savoir : la section intrinsèque de la tumeur transversalement d'abord, puis perpendiculairement dans sa moitié supérieure.

— M. Houel, à propos du procès-verbal, demande à mettre sous les yeux de la Société la pièce anatomo-pathologique du malade dont M. Goyrand a rapporté l'histoire dans la précédente séance. Cette pièce sera déposée au musée Dupuytren.

M. Huguier rappelle, à cette occasion, qu'il y a quatre ans il opéra un malade par un procédé semblable à celui dont se sont servis MM. Sédillot, Maisonneuve et Goyrand.

Un homme entra dans le service de M. Robert pour un cancer de la partie postérieure et latérale gauche de la langue ; mais ce chirurgien refusa de l'opérer. Plus tard ce même malade vint dans le service de M. Huguier, qui se décida à lui enlever son cancer. Afin d'arriver plus facilement sur la tumeur, il fendit verticalement la lèvre inférieure et l'os maxillaire. Le cancer enlevé, il rapprocha les parties, et le malade guérit promptement. Ce produit morbide ne récidiva point dans la cicatrice, mais dans un ganglion du voisinage qui par propagation ulcéra la carotide. La mort fut très prompte. A l'autopsie, l'on put constater que les parties primitivement opérées étaient saines et que la consolidation de l'os maxillaire inférieur était complète.

LECTURE DE MÉMOIRES ORIGINAUX.

M. Chassaignac lit de nouveau les conclusions de son *Mémoire sur les abcès sous-périostiques*. (Ces conclusions ont déjà été publiées.)

Discussion sur ce travail. — M. Giraldès demande à M. Chassaignac comment il comprend que des injections faites avec une eau aussi légèrement acidulée que celle qu'il propose puissent hâter l'élimination des séquestres.

M. Chassaignac répond qu'il a constaté par ces injections l'élimination d'une certaine quantité de phosphate de chaux. Ainsi, dans une injection faite pour un séquestre du fémur, on obtint 4 millièmes de phosphate de chaux par litre de ces douches acidulées d'acide chlorhydrique.

M. Giraldès. L'emploi de ces douches n'est pas récent dans la pratique; on les a employées d'après cette idée, que ces acides enlèvent le phosphate de chaux. Mais il ne faut point se laisser abuser sur leur véritable action. Si ces douches sont très faiblement acidulées, elles agissent comme des injections abondantes d'eau commune; si l'acide est en plus grande abondance, il coagule le sang dans les capillaires, et il faut craindre que cet arrêt forcé de la circulation ne contribue à l'extension de la nécrose.

M. Larrey rapporte avoir observé chez les militaires des faits semblables à ceux que M. Chassaignac a signalés dans son travail. Les conscrits sont dans un âge où ces abcès se développent fréquemment; d'autre part, les contusions reçues dans les exercices du fusil ou du gymnase sont une cause occasionnelle de ces collections sous-périostiques. On les voit surtout au tibia; une incision prompte et large lui paraît donner les résultats les plus favorables.

M. Cullerier cite un fait où l'abcès sous-périostique ne siégeait point aux membres inférieurs, mais sous l'omoplate. Cet accident s'était développé chez une jeune fille, sans violence, à la suite d'une fièvre typhoïde.

M. Guersant croit avoir remarqué que M. Chassaignac a passé sous silence des faits graves d'abcès sous-périostiques. Dans quelques cas il n'y a aucune réaction générale, mais dans d'autres la constitution est profondément altérée. Ces abcès, qui tiennent à une cause générale, tuent neuf fois sur dix. Sous l'influence d'une altération constitutionnelle, un membre se gonfle et de la fluctuation survient en vingt-quatre heures. La mort arrive même lorsqu'on ouvre ces abcès. M. Guersant aurait voulu connaître l'opinion de M. Chassaignac sur

ces cas extrêmes et sur le traitement général qui doit leur être appliqué.

M. Demarquay, pour confirmer la gravité de ces abcès sous-périostiques qui se développent après les fièvres typhoïdes, dit n'en avoir vu guérir qu'un cas.

M. Chassaignac répond à M. Larrey qu'il tiendra compte des observations qu'il a faites sur les militaires, et à M. Cullerier que la majorité des abcès sous-périostiques se voit aux membres inférieurs ; sur onze cas, il en a vu dix aux membres abdominaux. M. Chassaignac ne peut accepter les reproches d'omission que lui adresse M. Guersant, car il a longuement parlé des cas auxquels a fait allusion ce dernier chirurgien. Il pense que la mortalité n'est point aussi grande que l'indique son collègue, et, selon lui, les contre-ouvertures et les douches empêchent l'infection pyogénique. Il se demande si l'on n'aurait pas souvent confondu quelques abcès métastatiques avec ces abcès sous-périostiques.

A la suite de cette discussion, le travail de M. Chassaignac est renvoyé au comité de publication.

RAPPORTS.

M. Bouvier lit le rapport suivant sur divers mémoires adressés à la Société par M. le docteur Plouviez (de Lille) :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Laborie, Cullerier et moi, de vous rendre compte de plusieurs mémoires et observations imprimés ou manuscrits adressés à la Société par M. le docteur Plouviez.

Les mémoires imprimés traitent des sujets suivants :

Premier mémoire. — L'ouverture des abcès par le bistouri est-elle préférable à celle faite au moyen de la pierre à cautère ?

Réponse affirmative, sauf de rares exceptions.

Deuxième mémoire. — Observation d'ozène guéri par l'iodure de potassium et la cautérisation avec le nitrate d'argent chez une femme atteinte en outre d'un cancer du cerveau et d'un abcès de cet organe, qui causèrent la mort quatre mois après la guérison de l'ozène.

Troisième mémoire. — Bons effets du sucre candi dans certaines dyspepsies. Observations de guérison de cystocèle vaginale.

Quatrième mémoire. — Guérison de la sciatique par l'emploi local de la chaleur.

L'un des mémoires manuscrits traite de la chloroformisation. Il décèle un chirurgien versé dans la pratique de cette opération, dont l'auteur retrace les règles, déjà exposées par lui dans des mémoires

qu'il a adressés dès 1848 à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

Restent trois observations tirées de la pratique de M. le docteur Plouviez.

Obs. I. — *Extirpation de deux tumeurs situées au menton et à la région du cou. — Suites d'abord heureuses. — Récidive au bout d'un an. — Mort.*

Le sujet était un homme de quarante-quatre ans. La tumeur du cou avait débuté six mois auparavant, peu après la guérison par les caustiques d'une ulcération de la lèvre inférieure. La tumeur du menton avait suivi de près la première. M. Plouviez circonscrivit la tumeur du menton par une incision circulaire de laquelle partirent deux autres incisions réunies en V, l'une longeant le côté gauche de la base de la mâchoire, l'autre le côté gauche du larynx et de la trachée-artère. Il enleva la tumeur maxillaire en donnant deux traits de scie de peu de profondeur, et en faisant sauter la table externe de la mâchoire avec la gouge et le maillet.

L'ablation de l'autre tumeur fut plus laborieuse. Après l'avoir découverte en détachant le lambeau triangulaire circonscrit par l'incision en V et l'avoir énucléée dans toute sa circonférence, il fallut enlever trois prolongements qu'elle envoyait profondément, en dehors, derrière le sterno-mastoïdien, en haut, autour de la carotide externe, qui fut nécessairement divisée, et en bas, jusque derrière l'œsophage, au-devant de la colonne vertébrale. Onze ligatures durent être placées. L'opération dura trois quarts d'heure. Le malade n'eut pas de fièvre; la plaie suppura à peine. La cicatrisation fut presque complète au bout de trois semaines.

La tumeur du menton était formée d'une substance lardacée, homogène, très ferme. Celle du cou avait un aspect analogue, et contenait en outre dans son intérieur une bouillie couleur lie-de-vin.

M. Plouviez ne revit pas son malade après le mois de février 1851; il l'avait opéré le 3 janvier. Il apprit plus tard que de nouvelles tumeurs squirrheuses s'étaient développées dans d'autres parties du corps, qu'elles s'étaient ulcérées et que le malade avait fini par succomber vers le milieu de 1853.

Obs. II. — *Extraction d'un polype intra-utérin. — Guérison.*

Quoique peu volumineux et encore renfermé dans la cavité de l'organe, dont il atteignait à peine l'ouverture extérieure, ce polype avait

déterminé depuis plusieurs années des métrorrhagies répétées et abondantes, des douleurs vives, et avait causé une cachexie générale.

Après plusieurs tentatives infructueuses pour saisir solidement la tumeur, M. Plouviez s'arrêta au procédé suivant :

Il introduisit à l'intérieur du spéculum des tenettes-forceps, dont les cuillers étaient garnies de dents et dont l'écrou, qu'il lui avait été impossible de faire marcher dans ses précédents essais, était traversé par des fils cirés disposés en croix, comme sur le modèle en liége qu'il place sous les yeux de la Société. Les branches une fois placées de chaque côté du polype, il tira successivement sur chacun des fils jusqu'à ce que l'écrou eût fait assez de tours. S'étant alors assuré que la tumeur ne pouvait plus lui échapper, il parvint par des efforts gradués à l'attirer hors de l'utérus, l'étreignit avec une ligature à nœud coulant, et, retirant la pince et le spéculum, l'amena jusque près de l'entrée du vagin. Un aide fut chargé de la maintenir, et le chirurgien put enfin la détacher à petits coups de la substance de l'organe avec des ciseaux courbes sur le plat. La matrice remonta aussitôt; la perte de sang fut insignifiante. La malade se rétablit promptement.

La tumeur, que M. Plouviez a jointe à l'observation, pesait 26 grammes; son tissu, très consistant, fibreux, d'un blanc nacré, criait sous le scalpel.

Obs. III. — *Pied-bot varus congénital du côté gauche avec paralysie des muscles de la région antérieure de la jambe. — Ténotomie. — Redressement en moins de deux mois. — Persistance de la paralysie.*

Il y a dans le titre même de cette observation quelque chose de rare, je dirais presque d'insolite : c'est la coïncidence, chez une fille de seize ans, d'une difformité native du pied avec la paralysie de tout un ordre de muscles, des fléchisseurs de ce membre, dont l'un est en même temps adducteur et agissait conséquemment dans le sens de la déviation. La paralysie est, en effet, l'attribut ordinaire du pied-bot accidentel, dont elle est souvent la cause, et ce n'est que par exception qu'on la rencontre dans le pied-bot congénital chez les jeunes sujets. Cela fait d'autant plus regretter que, relativement à l'origine de ce pied-bot, l'auteur ait dû se borner, faute de renseignements plus précis, à dire que « la difformité était presque aussi considérable à l'é» poque de la naissance, *d'après ce qui lui a été rapporté;* » et, quant à la paralysie, il eût été à désirer que l'état paralytique des muscles fût établi dans l'observation autrement que par la seule impossibilité de la flexion du pied sur la jambe avant comme après le traitement,

et qu'on y eût fait mention des mouvements d'extension des orteils, ainsi que du mouvement d'adduction produit par le jambier antérieur.

Au reste, les caractères extérieurs de la difformité, comme on peut en juger sur l'un des plâtres joints à l'observation, se rapporteraient plutôt à un vice de conformation originel qu'à une difformité acquise. Le renversement et l'adduction forcée de l'avant-pied sont rarement aussi prononcés dans le pied-bot accidentel, qui tient plus du pied équin, aussi rare, au contraire, comme lésion congénitale, qu'il est commun après la naissance.

Ce pied-bot réunissait, suivant une disposition presque constante, la déviation en dedans produite par la subluxation de l'articulation médio-tarsienne, et la déviation en bas résultant de l'extension forcée et permanente de l'articulation tibio-astragalienne. C'est là le varus ordinaire, qu'il faudrait à la rigueur nommer *varus-équin;* mais l'extrême rareté du varus simple et la direction de la pointe du pied, identique dans les deux cas, justifient la dénomination en usage, que sa briéveté a également fait préférer aux expressions plus significatives forgées avec la langue grecque.

Le moule en plâtre pris avant le traitement représente avec exactitude l'élévation du talon devenu inutile à la station, la flexion forcée du pied entre les deux rangées du tarse, la saillie de la tête de l'astragale en partie abandonnée par le scaphoïde, la direction inférieure imprimée à la face dorsale du pied par le mouvement exagéré des articulations affectées, ainsi que la tumeur calleuse marquant la nouvelle base de sustentation vis-à-vis du cuboïde et de l'extrémité postérieure des derniers métatarsiens, sorte de faux talon ou de talon supplémentaire qui remplissait jusqu'à un certain point l'office de la tubérosité calcanéenne et de son coussinet séro-graisseux.

Les orteils n'avaient pas été épargnés dans cette déformation générale; ils étaient foulés les uns contre les autres et quelques-uns courbés vers la face plantaire; le gros orteil, fortement fléchi et dévié latéralement, avait passé au-dessous des autres.

Les muscles dont le raccourcissement explique en partie ces désordres, tels que les jumeaux et soléaire, le court fléchisseur des orteils, ainsi que l'aponévrose plantaire, étaient rétractés et résistaient aux efforts de redressement.

Après quinze jours de manipulations préparatoires, M. le docteur Plouviez pratiqua la section sous-cutanée du tendon d'Achille, du jambier antérieur, du jambier postérieur, du long fléchisseur commun

des orteils, de l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur des orteils. C'était le 30 mai 1842.

Dès le 1er juin, on appliqua l'appareil redresseur, et à partir du 6 on pratiqua en outre des manipulations deux fois par jour.

L'amélioration, d'abord très grande, paraissant s'arrêter, M. Plouviez fit de nouveau, trois semaines après la première opération, la section du tendon d'Achille, et y ajouta celle de l'adducteur du gros orteil.

Dès ce moment, dit l'auteur, le redressement se fit avec une extrême facilité. Il était complet avant la fin de juillet. Les tendons divisés étaient réunis sans nodosités. Seulement la persistance de la paralysie faisait retomber la pointe du pied à chaque pas, et il fallut la soutenir au moyen d'un tuteur.

Le second moule, pris après cette guérison, ne présente presque plus de trace de la difformité. Le pied a sa direction normale; le talon est redescendu; une légère convexité à la face dorsale est tout ce qui reste de la saillie arrondie qui supportait le poids du corps; les orteils ont repris leur situation naturelle. Toutefois on ne peut juger de la conformation de la face plantaire, qui n'a pas été reproduite par le moulage. Ce moule ne donne pas non plus une idée du degré de flexion que le pied pouvait atteindre, et l'observation elle-même ne le fait pas connaître. C'est une circonstance qu'il importe de constater en pareil cas; car la guérison de la difformité ne peut être considérée comme complète qu'autant que le pied peut être amené, dans ses mouvements, à former avec la jambe un angle plus petit qu'un angle droit, parce que ce degré de flexion doit se produire à chaque pas dans le membre laissé en arrière pour qu'il n'y ait pas claudication, et qu'une disposition contraire non-seulement est une cause d'irrégularité et de difficulté dans la marche, mais encore expose à un retour, au moins partiel, de la déviation.

Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir un peu trop multiplié les sections tendineuses. Peut-être est-il permis de douter que la résistance du tendon d'Achille, trois semaines après une première section, fût assez grande pour en nécessiter une seconde. Mais, quoi qu'il en soit, ce fait, tel qu'il est, n'en constitue pas moins un beau succès et une heureuse application des progrès modernes de la ténotomie.

M. Plouviez se demande si un pareil succès est commun dans des cas semblables, quand la difformité est extrême, le sujet presque adulte. Une distinction est ici indispensable. Il est très vrai que le

varus congénital non paralytique, porté à un degré considérable, présente souvent de grandes difficultés à surmonter dans son traitement, lorsque le sujet a atteint le terme de l'accroissement en hauteur. Mais il n'en est pas de même dans le varus acquis, compliqué de paralysie, dont les ligaments et même les os et les muscles offrent moins de résistance; et c'est sans doute à la nature paralytique de cette affection, à son origine peut-être accidentelle, autant qu'aux dispositions individuelles propres à ce cas particulier, qu'est due la promptitude de la guérison.

Notre honorable confrère attribue aux manipulations journalières une puissance que n'auraient pas seuls les appareils redresseurs. C'est ce que pensait autrefois d'Ivernois, et ce que nous avons encore entendu soutenir par des praticiens fort éminents. Mais, en réalité, il n'existe pas de différence essentielle entre les efforts pratiqués avec les mains et ceux qu'exerce un bon appareil convenablement appliqué; seulement l'effort des mains est instantané; celui de l'appareil est continu. Faites agir de temps en temps celui-ci avec plus de force, et vous obtiendrez l'effet passager et plus intense des manipulations. C'est aussi ce que montre l'expérience, qui ne produit pas des résultats moins prompts avec les appareils seuls qu'avec l'aide des manipulations. On conçoit néanmoins que celles-ci aient un avantage incontestable quand l'appareil est défectueux ou son application fautive, comme il arrive trop souvent.

Votre commission vous propose :

1° De remercier M le docteur Plouviez de ses intéressantes communications;

2° De déposer honorablement ses travaux dans nos archives ;

3° De lui accorder le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

— A la suite de la lecture de ce rapport, une discussion s'engage devant la Société.

M. Guersant s'étonne que M. Plouviez n'ait pas cherché à savoir des parents de la jeune fille atteinte de pied-bot si cette difformité n'était pas plutôt acquise que congénitale. Si le pied-bot eût été congénital, le chirurgien n'eût certainement pas obtenu un aussi beau résultat.

M Gerdy signale l'importance qu'il y aurait à bien connaître ce qu'on peut obtenir sans section des tendons. Il a réussi à guérir quelques pieds-bots sans couper les tendons des muscles rétractés.

M. Bouvier pense que dans le fait de M. Plouviez, sans sections tendineuses et par les appareils orthopédiques, l'avant-pied seul se fût

redressé, mais l'allongement des muscles du mollet se serait fait difficilement.

M. Maisonneuve, à propos de la question soulevée par M. Gerdy, soutient que dans le traitement du pied-bot il a renoncé à la section des tendons autres que le tendon d'Achille.

M. Bouvier fait remarquer que quand on ne coupe pas le tendon d'Achille dans les cas analogues à celui-ci, le redressement est toujours incomplet, et le talon ne peut s'abaisser. D'ailleurs, sa pratique se rapproche de celle de M. Maisonneuve.

Après quelques observations de M. Michon, qui rappelle les succès obtenus par d'Ivernois et ses élèves dans le traitement des pieds-bots sans ténotomie, les deux premières conclusions du rapport de M. Bouvier sont mises aux voix et adoptées.

La Société passe ensuite au vote sur la nomination de M. Plouviez au titre de membre correspondant. M. Plouviez, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Giraldès présente à la Société une pièce d'*anévrisme artérioso-veineux de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire interne.*

Le malade chez lequel cette lésion a été observée avait été blessé dans la matinée du 15 juin par un coup de feu à bout portant tiré avec un petit pistolet de poche chargé de plusieurs morceaux de plomb. Le coup porta dans la région supérieure et latérale gauche du cou; le projectile, après avoir frappé le bord de la mâchoire inférieure, chemina sous les tissus vers la région carotidienne.

Le malade a été conduit à l'hôpital de la Charité, et placé dans le service de M. Giraldès. Au moment où il vit ce blessé, quelques heures après, il constata dans la région indiquée la présence d'une toute petite plaie accompagnée d'un gonflement s'étendant au tiers supérieur de la région du cou.

Le lendemain, outre ces lésions, on constatait dans toute la partie supérieure du cou l'existence d'un frémissement et d'un bruit de souffle à double courant, appréciable soit avec la main, soit avec le stéthoscope. Ce bruit, dont l'intensité a augmenté dans les premiers jours, pouvait être suivi jusque dans la région du cœur.

Le blessé demeura près d'un mois à l'hôpital ; il en sortit, et y rentra bientôt de nouveau pour un anthrax de mauvaise nature, qui le

fit succomber peu de temps après son admission et quarante-quatre jours après sa blessure.

Examen des parties lésées. — L'artère carotide disséquée et ouverte dans toute sa longueur, on constate :

1° Que l'artère carotide interne, au moment de sa naissance, présente une perforation irrégulièrement quadrilatère, dont chaque côté mesure un centimètre d'étendue ;

2° Que cette ouverture conduit dans une petite poche placée entre la veine et l'artère, et communiquant avec le premier de ces vaisseaux.

Cette petite poche, qui représente un sac anévrismal, est formée par la tunique fibreuse de l'artère et par les tissus ambiants ; elle est vide de sang, mais elle renferme le projectile qui a produit la blessure. On trouve dans ce sac anévrismal un petit plomb irrégulier, occupant le fond de la poche, à un centimètre de l'ouverture de l'artère.

En incisant la veine jugulaire interne, on constate que ce vaisseau communique avec le sac anévrismal au moyen d'une ouverture circulaire de deux millimètres d'étendue.

Le tissu de la veine n'est pas modifié, mais l'artère carotide interne est enveloppée par une masse plastique de laquelle il est difficile de l'isoler. En disséquant ces parties avec soin, on constate que le nerf laryngé supérieur se trouve au milieu de cette masse plastique. La face interne de l'artère présente des rides transversales fortement accusées.

COMITÉ SECRET.

La Société, appelée à voter sur la candidature de M. le docteur Philippe Boyer, nomme ce chirurgien membre honoraire de la Société.

— La Société entend ensuite la lecture d'un rapport sur les candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante dans le sein de la Société.

La commission propose que MM. Blot, Fano et Richard soient présentés par ordre alphabétique aux suffrages de la Société.

Cette proposition est adoptée, et le vote aura lieu dans la prochaine séance.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 9 août 1854.

Présidence de M. Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac adresse à la Société la lettre suivante, pour réclamer l'idée d'un mode opératoire mis en usage par M. Maisonneuve dans un cas dont ce chirurgien a récemment entretenu la Société:

« Monsieur le président,

» Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Maisonneuve, en présentant une malade chez laquelle il avait eu recours à la fragmentation préalable d'une tumeur du col difficile à extraire, a revendiqué l'idée de ce mode opératoire.

» Je dois faire remarquer à la Société que le principe de la fragmentation des tumeurs fibreuses pour en faciliter l'extraction a été formulé et appliqué il y a plus de vingt ans à l'occasion d'une tumeur fibreuse de l'utérus dont l'ablation offrait des difficultés insurmontables.

» Tous les auteurs qui ont écrit en France des traités de médecine opératoire sont unanimes pour reconnaître que l'idée de cette innovation m'appartient.

» Je ne puis donc laisser passer sans réponse les assertions de M. Maisonneuve.

» Non-seulement le principe de la méthode ne lui appartient pas, mais son application a eu lieu d'abord entre les mains de M. Velpeau, puis de plusieurs membres de cette Société. Parmi eux je citerai M. Huguier et M. Danyau, qui en a fait un remarquable et heureux emploi dans un cas de dystocie par tumeur fibreuse.

» C'est un fait depuis longtemps acquis à la pratique générale, mais dont il me paraît légitime de rappeler l'origine.

» Ci-joint les citations à l'appui :

» *Comptes rendus des travaux de la Société anatomique pour l'année* 1833, p. 24, § 2;

» Pauly, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 504;

» Malgaigne, *Médecine opératoire*. Paris, 1843, p. 732;

» Sédillot, *Médecine opératoire*. Paris, 1846, p. 887;

» Velpeau, *Médecine opératoire*. Paris, 1839, p. 398.

» Agréez, etc. E. Chassaignac. »

M. Marjolin fait remarquer que dès 1834 Blandin s'était servi, pour enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, d'un procédé de fragmentation analogue à celui dont M. Chassaignac réclame aujourd'hui la priorité.

M. Chassaignac répond que ses titres de priorité sont antérieurs à l'opération de Blandin, car ils se trouvent mentionnés dans les comptes rendus des travaux de la Société anatomique pour 1833.

M. Larrey. On pourrait sans doute donner une date plus éloignée à l'origine de ce procédé opératoire, mais il faut, pour établir la priorité, la garantie d'une publicité que l'on trouve seulement dans les renseignements fournis par M. Chassaignac.

— MM. Ph. Boyer, Plouviez et Didot (de Liége) écrivent pour remercier la Société, qui leur a accordé les titres de membre honoraire et de membres correspondants.

— M. Nélaton adresse à la Société une lettre pour demander à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Ce chirurgien se trouvant dans les conditions exigées par le règlement pour cet échange, la Société accorde à M. Nélaton le titre de membre honoraire.

Élection. — La Société procède ensuite à la nomination d'un membre titulaire. Les candidats présentés à la Société par ordre alphabétique sont MM. Blot, Fano et Adolphe Richard. 27 membres présents à la séance prennent part au vote. Un premier tour de scrutin donne à :

MM.	A. Richard.	12 voix
	Blot.	10 —
	Fano.	3 —
	Billets blancs.	2

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin. Ont obtenu :

MM.	A. Richard.	15 voix
	Blot.	11 —
	Billet blanc.	1

M. Richard, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

LECTURES.

M. Demarquay lit une *Note relative à quelques corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et ayant amené des accidents sérieux.* — Depuis le commencement de cette année, j'ai, dit-il, eu occasion d'observer

un certain nombre de personnes qui avalent avalé des corps étrangers ayant donné lieu à des accidents sérieux. Parmi ces corps étrangers, quelques-uns furent conduits dans l'estomac et rendus sans accident. Je signalerai en particulier une grande épingle recourbée dont se servent les femmes pour leur coiffure, qui fut avalée par une jeune fille de deux ans et demi, et rendue au bout de deux jours sans aucun accident. Je signalerai encore un morceau de gigot avalé un peu gloutonnement par une vieille femme qui avait été invitée à une table meilleure que la sienne. Lorsque je fus appelé près de cette pauvre femme, la mort par asphyxie était imminente; sa face était violacée; elle était étendue étouffant sur un fauteuil. Je pus, grâce à une baleine surmontée d'une éponge, précipiter le bol alimentaire dans l'estomac, et à l'instant même tous les accidents cessèrent. Ce corps étranger était arrêté à la partie inférieure du pharynx. On comprend facilement l'obstacle qu'il devait apporter à la respiration.

Parmi les autres corps étrangers qu'il m'a été donné d'observer, je citerai encore des arêtes de poisson, dont l'extraction offrit quelque difficulté. Une d'elles a occasionné chez une jeune demoiselle, dans le pharynx de laquelle elle s'était arrêtée, un phénomène assez curieux. Ce corps étranger était fixé dans le pharynx depuis deux jours; on le sentait avec le doigt sur la partie latérale droite de cet organe. Après quelques tentatives infructueuses je pus l'extraire. Tout alla bien d'abord; mais au bout de deux ou trois heures je fus rappelé en toute hâte pour examiner ma jeune malade, qui accusait une petite tuméfaction du cou et de la joue du côté droit. Il me fut facile de constater la présence d'un emphysème, peu grave à la vérité, puisqu'il disparut en quarante-huit heures. Ainsi, dans ce cas, la petite perforation de la partie supérieure du tube digestif déterminée par la présence d'une arête suffit pour amener un emphysème.

Mais, les faits les plus importants qu'il m'a été donné d'observer sont relatifs à deux pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage. L'une amena la mort du malade par suite de la perforation de cette partie du tube digestif; et l'autre nécessita l'œsophagotomie. Ce ne sont pas là d'ailleurs les seuls cas où des corps étrangers imprudemment avalés ont amené des accidents graves et même la mort. J'ai déjà pu recueillir dans les auteurs classiques et dans les journaux de médecine un bon nombre d'observations qui viennent à l'appui de cette assertion.

Observation d'un sou arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ayant amené la perforation de cet organe, un abcès rétro-pharyngien, et finalement une perforation de la plèvre droite, et enfin la mort.

(Observation recueillie par M. Crequi, interne du service.)

Le 27 juin au matin, M. le docteur Tassy me fait prier de me rendre auprès d'un de ses petits clients, garçon âgé de cinq ans, bien constitué. La veille, cet enfant s'amusait à jouer avec un sou, qu'il jetait en l'air et qu'il cherchait à recevoir avec la bouche. Il le reçut si bien que cette pièce de monnaie passa dans le pharynx et s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage. L'enfant éprouva peu de chose au moment de l'accident. Un médecin appelé peu de temps après lui fit prendre un peu d'émétique; l'enfant vomit, mais il accusa dès ce moment une douleur vive vers la partie moyenne du cou, de l'oppression et une impossibilité d'avaler.

Je vis l'enfant le 27 avec le docteur Tassy. Je pratiquai le cathétérisme avec l'instrument de Graefe. Mon instrument parcourut avec facilité tout l'œsophage, sauf un point, la partie supérieure de cet organe, où je crus éprouver une résistance métallique. Je retirai mon instrument avec assez de facilité; j'éprouvai néanmoins une certaine résistance à la partie supérieure de l'œsophage. Je réintroduisis à plusieurs reprises l'instrument de Graefe, et je pus parcourir toute l'étendue du tube œsophagien. Après cette exploration, qui n'avait rien amené, l'enfant, qui ne pouvait plus rien avaler, but coup sur coup plusieurs verres d'eau sucrée, éprouva beaucoup de bien-être et reprit toute sa gaieté. Dans la même journée du 27, quatre ou cinq heures après cette exploration, l'enfant se plaignit d'une douleur vive à la partie moyenne et latérale droite du cou, se mit à pleurer, et bientôt les parents s'aperçurent que le cou et la tête se tuméfiaient. M. Tassy constata cette tuméfaction énorme du cou et de la face, ainsi que l'anxiété de l'enfant. Il reconnut de plus qu'un emphysème s'était produit, et qu'il s'étendait à toute la partie supérieure du corps.

Le 28 au matin, je trouvai l'enfant avec la fièvre; l'emphysème persistait, mais à un moins grand degré. La déglutition se fait avec assez de facilité.

Le 29, l'enfant entre à la Maison municipale de santé, service de M. Monod. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à la visite du matin :

L'enfant est couché sur le dos; les joues, les parties latérales et anté-

rieures du cou et les régions sous-claviculaires sont gonflées, principalement du côté droit. La peau dans ces parties n'a pas sensiblement changé de couleur. La pression avec la main sur ces régions détermine une crépitation fine, emphysémateuse, plus marquée à droite qu'à gauche. La déglutition devient très gênée pour les liquides, impossible pour les solides. Les boissons sont assez souvent rejetées avec une quantité assez notable de salive.

La respiration est gênée, et pendant les mouvements respiratoires on entend un bruit de glou-glou paraissant se passer dans la région du cou. Le soir, la fièvre augmente, et l'anxiété devient plus grande que le matin.

Du 1er au 3 juillet, le petit malade reste dans le même état. L'emphysème diminue, mais la tuméfaction latérale droite du cou augmente. La fièvre persiste.

Le 3, il reste encore au matin, un peu d'emphysème; l'enfant avale les liquides avec plus de facilité; mais lorsqu'il a pris trois ou quatre cuillerées de tisane, il éprouve toujours le même gargouillement au fond de la gorge.

Mais vers midi l'enfant est plus agité; le pouls devient petit et augmente de fréquence. L'enfant parle avec plus de difficulté; il accuse une grande douleur dans la région épigastrique; la respiration devient fréquente; les extrémités se refroidissent; le pouls disparaît; les veines de la partie supérieure de la poitrine, du cou et de la face deviennent bleuâtres, et l'enfant expire.

Autopsie. — Après avoir fait une incision sur la partie médiane du cou, et avoir divisé le sternum suivant sa longueur, on pénètre dans le médiastin antérieur. Le tissu cellulaire qui remplit les médiastins antérieur et postérieur est infiltré de pus et d'air; le péricarde contient un peu de sérosité et quelques filaments qui réunissent le cœur à la paroi interne du péricarde. La cavité abdominale ne présente rien de particulier, seulement le diaphragme, à droite et à gauche, présente une dépression notable, tenant à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans les deux plèvres.

La trachée, ouverte dans toute sa longueur, présente qnelques traces d'inflammation ; mais on ne trouve aucune perforation. Toute la paroi antérieure de l'œsophage étant incisée, on constate sur la partie postérieure de ce conduit une ouverture longue d'environ un centimètre et demi, siégeant à l'union de l'œsophage avec le pharynx et un peu à droite de la ligne médiane, à une très petite distance de la glotte. Cette ouverture communique avec un abcès rétro-pharyngien

dont les parois sont enduites d'un pus jaune grisâtre. Ce foyer purulent s'étend depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Le pharynx et l'œsophage sont complétement décollés; dans toute l'étendue, il ne reste plus de traces du tissu cellulaire sain. La carotide, les jugulaires internes et les pneumogastriques sont dénudés par le pus. A la partie inférieure et latérale droite du foyer purulent, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, on aperçoit le sou couché obliquement sur le corps de la vertèbre et pénétrant en partie dans la plèvre droite par une perforation du feuillet droit du médiastin postérieur. Dans les derniers moments de la vie, une grande quantité de boissons pénétrait par l'orifice supérieur de l'œsophage et tombait dans la cavité pleurale droite par l'orifice qui avait été déterminé par le sou. Une autre partie tombait dans la cavité pleurale par suite de la perforation également récente du feuillet postérieur gauche du médiastin postérieur; cette dernière perforation a été amenée par le travail inflammatoire qui s'accomplissait dans le médiastin postérieur et par l'accumulation d'une certaine quantité de boissons et de pus qui s'étaient accumulés dans ce point. Le liquide trouvé dans les plèvres était un mélange de pus, de sérosité et des liquides qui avaient été avalés en dernier lieu. Nous avons retrouvé une certaine quantité de caséum dû à un peu de lait avalé par l'enfant peu d'instants avant sa mort.

Observation d'une pièce de 20 sous arrêtée dans l'œsophage, et ayant nécessité au bout de dix jours l'opération de l'œsophagotomie.

Le docteur Triger m'adressa, il y a quelques jours, une jeune fille de trois ans qui avait avalé une pièce de 20 sous. Depuis vingt-quatre heures que l'accident était arrivé, l'enfant n'avait pu avaler aucun aliment. Je priai la mère de l'enfant de vouloir bien me la conduire le lendemain matin à la Maison municipale de santé; là, aidé des élèves du service, je fis avec l'anneau de Graefe et avec des pinces recourbées plusieurs tentatives d'extraction qui n'amenèrent aucun résultat. Deux jours après, je renouvelai mes recherches sans être plus heureux.

Bien que je fusse armé de tous les instruments dont M. Mathieu put disposer en ma faveur, j'étais alors disposé à pratiquer l'œsophagotomie, si le père voulait y consentir. Mais avant de faire cette opération délicate, je voulais encore faire de nouveaux essais en présence de MM. Monod et Denonvilliers; ces essais ne furent pas plus heureux que les premiers. C'est alors qu'aidé de l'assistance de nos deux ho-

norables collègues, et après que M. Denonvilliers eut bien senti la position exacte de la pièce de monnaie, que je fis l'œsophagotomie.

Je borne là pour le moment le récit de ce fait et la note que je viens d'avoir l'honneur de présenter à la Société, dans le but d'attirer l'attention sur une série d'accidents qui jettent le trouble dans les familles et le chirurgien dans une grande perplexité; dans un temps prochain, j'espère pouvoir lire devant la Société un travail plus complet sur ce sujet et, partant, plus digne d'elle.

Discussion sur ce travail. — M. Gosselin expose devant la Société combien il est souvent difficile de déterminer si un corps étranger est arrêté dans la portion cervicale ou dans la portion thoracique de l'œsophage. Il demande à M. Demarquay comment, dans le cas dont il a rapporté l'histoire, il est arrivé à préciser la position du corps étranger.

M. Demarquay reconnaît dans ce cas la difficulté d'un diagnostic précis, car il éprouva d'abord une certaine hésitation à déterminer la place qu'occupait ce corps étranger. En effet, le cathétérisme explorateur ne laissait point percevoir un son métallique, mais seulement une certaine résistance. Toutefois, en explorant avec attention le cou de la malade, l'on pouvait sentir profondément une certaine dureté anomale qui jetait un grand jour sur la position du corps étranger.

M. Chassaignac pense que, si, dans le cas de M. Demarquay, l'anneau de Graefe n'a pu servir à extraire la pièce de monnaie, c'est que cette exploration a été tardivement faite. L'action de ce crochet est bien plus sûre lorsqu'on agit immédiatement après l'accident sur des tissus qui ne sont point encore enflammés.

M. Chassaignac signale ensuite un procédé qui lui a réussi dans le cas d'un homme qui avait un fragment de viande retenu dans l'œsophage. Plusieurs tentatives, même celle du poireau, avaient eu lieu; M. Chassaignac repoussa facilement ce corps étranger à l'aide d'une tige faite avec des sondes urétrales réunies en faisceau et liées ensemble.

M. Guersant désirerait savoir quels moyens dans le cas de M. Demarquay avaient été mis en usage avant de pratiquer l'œsophagotomie, car il ne faut se décider à cette grave opération qu'après des essais variés et infructueux. Il dit qu'une fois il réussit d'emblée à enlever un sou avec l'instrument de Graefe; qu'une autre fois, dans un cas semblable, après avoir échoué par l'instrument de Graefe, il retira la pièce de monnaie avec une grande facilité à l'aide de la pince œsophagienne.

M. Demarquay répond qu'il a successivement usé de l'anneau de Graefe et de la pince œsophagienne.

M. Larrey pense qu'on doit distinguer au point de vue thérapeutique deux catégories de corps étrangers : ceux qui sont régulièrement arrondis et ceux qui sont irréguliers. Dans le premier cas, il faut insister sur les tentatives d'extraction ou pousser le corps étranger dans l'estomac ; l'on pourrait même, s'il existe une constriction au-dessus de l'obstacle, essayer la dilatation de ce point de l'œsopbage. Mais pour les corps étrangers irréguliers, comme les os, l'extraction est souvent si difficile que l'œsophagotomie lui paraît indiquée.

M. Richet croit qu'on s'est abusé sur la facilité d'extraire par l'anneau de Graefe les corps étrangers de l'œsophage, et il cite un fait à l'appui de cette opinion. Une jeune fille avait avalé une pièce de 2 fr., qui restait arrêtée dans l'œsophage. L'anneau de Graefe fut introduit, et l'on trouva le corps étranger immédiatement au-dessous du larynx. M. Richet put cinq fois de suite accrocher avec l'instrument la pièce de monnaie ; mais, quand il vint à exercer sur elle quelques tractions, elle lui échappa. L'introduction de la pince œsophagienne était dans ce cas impossible. Recherchant sur le cadavre la cause de ces obstacles à l'extraction, M. Richet s'est aperçu que la pièce tournait dans l'un des godets de l'anneau de Graefe. Il a fait dès lors construire des godets plus grands qui ne laissent point échapper la pièce de monnaie. Mais la malade, sortie temporairement de l'hôpital, n'y est point revenue, et l'essai de l'anneau ainsi modifié n'a pu être fait sur le vivant.

Dans un autre cas, M. Richet a vu l'anneau accroché par le cartilage cricoïde et difficile à retirer de l'œsophage.

M. Michon insiste dans le traitement de ces corps étrangers sur un point important, le temps qui s'est écoulé depuis leur introduction. En effet, leur séjour dans l'œsophage y amène un état spasmodique ; ce canal se resserre au-dessus et au-dessous du corps étranger. M. Michon cite ensuite le fait d'un homme chez lequel un marron d'Inde s'était arrêté dans l'œsophage. Jamais on ne put pour l'extraire introduire l'instrument de Graefe ; alors M. Michon fit couper une longue pince à pansement, introduisit séparément chaque branche et parvint à retirer le corps étranger.

M. Michon entre dans quelques considérations sur le danger d'extraire les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage depuis plusieurs jours. Ramolli par l'inflammation, ce canal peut se déchirer, et de là

de graves accidents. Quand ce ramollissement inflammatoire peut être soupçonné, il est préférable de pratiquer l'œsophagotomie pour arriver plus près du corps étranger. En résumé, il faut, au point de vue de la médecine opératoire, distinguer les corps qui sont fixés par l'inflammation et ceux qui ne le sont pas.

M. Denonvilliers, qui a assisté à l'opération pratiquée par M. Demarquay, rappelle quelques circonstances de ce fait. Il insiste sur la difficulté que le chirurgien éprouve à reconnaître un corps étranger, soit par le son que produit le contact d'une sonde exploratrice, soit par la résistance de l'obstacle.

M. Denonvilliers, après avoir examiné avec attention la malade de M. Demarquay, n'était point arrivé à un diagnostic précis; il était décidé à ne point tenter une opération grave et à nourrir seulement cette malade. Mais en explorant avec plus de soin le cou de cette enfant, il ne tarda point à reconnaître que le corps étranger était arrêté au-dessus du bord supérieur du thorax. Là on pouvait facilement avec les mains renvoyer ce corps étranger d'un côté du cou à l'autre. La certitude de sentir le corps étranger lui fit conseiller de pratiquer l'œsophagotomie; d'ailleurs cette pièce de monnaie était fortement enclavée dans l'œsophage.

M. Denonvilliers ajoute, en terminant, que l'ancienneté de l'accident jette souvent une grande obscurité sur les symptômes et peut dérouter le chirurgien.

— Cette discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 16 août 1854.

Présidence de M. Huguier.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Adolphe Richard adresse une lettre de remercîments à la Société, qui lui a conféré le titre de membre titulaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAVAIL DE M. DEMARQUAY.

M. Follin pense, comme quelques membres de la Société, qu'on ne retire pas toujours facilement avec l'anneau de Graefe les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et il apporte un fait à l'appui de cette assertion. Un enfant de trois ans avait avalé deux centimes, qui restaient arrêtés dans l'œsophage, au niveau de la fourchette sternale; l'anneau de Graèfe, facilement introduit, ne fit qu'en constater la présence, mais sans les amener au dehors. Persuadé que ces corps étrangers pouvaient traverser le tube digestif, et craignant, par des tentatives répétées d'extraction, d'enflammer l'œsophage, M. Follin se décida à repousser à l'aide d'une éponge les deux centimes dans l'estomac. Cela fut fait, et un léger purgatif aida le lendemain à la sortie des deux pièces de monnaie.

M. Follin insiste ensuite sur les rétrécissements de l'œsophage consécutifs à une inflammation amenée soit par le séjour trop prolongé d'un corps étranger dans ce canal, soit par des essais d'extraction trop multipliés. Il en cite plusieurs exemples consignés dans sa thèse d'agrégation (1853) sur les *Rétrécissements de l'œsophage.* Dans le but d'éviter un accident si grave, il croit qu'on doit préférer l'œsophagotomie à des tentatives d'extraction qui, par leur nombre ou leur violence, amènent nécessairement soit une phlegmasie, soit des perforations de l'œsophage. A ce propos, il rappelle que, faite dans des cas simples, l'œsophagotomie n'est point une opération d'une grande gravité. Il a recueilli sur l'homme 7 guérisons sur 10 opérations, et sur les animaux 16 guérisons sur 18 cas. Même dans les deux cas terminés d'une manière fatale chez les animaux, la mort ne peut guère être rapportée à l'œsophagotomie.

En résumé, il faut :

1° Si l'on ne peut promptement retirer certains corps étrangers réguliers, les repousser dans l'estomac;

2° Préférer l'œsophagotomie à des tentatives d'extraction assez fréquentes pour produire soit des rétrécissements, soit des perforations de l'œsophage.

RAPPORT.

M. Broca lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Oscar Heyfelder, intitulé *De la nature du cancroïde*. (Commissaires : MM. Danyau, Lenoir et Broca, rapporteur.)

Nous reproduisons ci-dessous les conclusions scientifiques de ce rapport.

1° Le cancroïde est une tumeur homœomorphe constituée par les éléments de l'épithélium.

2° La tumeur cancroïde se distingue de celle du cancer par une double série de caractères dont les uns se constatent à l'œil nu et les autres au microscope. L'anatomie pathologique nous commande par conséquent de séparer l'une de l'autre deux affections dont les lésions sont différentes.

3° La marche locale du cancroïde présente de grandes analogies avec celle du cancer ; mais à côté de ces analogies existent des différences notables. Celles-ci, considérées isolément, ne suffiraient peut-être pas pour établir la distinction de ces deux affections ; mais par leur réunion elles constituent un ensemble de caractères distinctifs aussi précis que puissent l'être des caractères purement cliniques.

4° Le cancroïde se développe très souvent sous l'influence de causes purement locales, telles que des irritations légères fréquemment répétées. L'influence des causes locales sur le développement du cancer est contestée par beaucoup de personnes, et à coup sûr si elle s'exerce, ce n'est que dans des cas très exceptionnels.

5° Le cancer se développe sous l'influence d'une cause diathésique générale. Il n'en est pas de même du cancroïde. Il peut arriver, il est vrai, très exceptionnellement, que deux ou plusieurs cancroïdes se forment simultanément ou successivement sur le même individu. Leur présence sur plusieurs points du système tégumentaire est l'indice d'une sorte de diathèse de ce système, comme cela a lieu pour les verrues multiples et pour beaucoup d'autres affections également locales. Mais personne ne voudra confondre ces diathèses locales, limitées à un système organique, avec les diathèses générales, au nombre desquelles figure la cause diathésique du cancer.

6° L'hérédité, qui est si souvent la cause du cancer, a paru jusqu'ici étrangère à la production du cancroïde. Il n'est sans doute pas impos-

sible que deux personnes de la même famille soient atteintes de cancroïde; le calcul des probabilités démontre qu'il en doit être quelquefois ainsi; mais ces cas sont encore à l'état d'hypothèse, tandis que l'hérédité du cancer repose sur des faits nombreux, précis et inexplicables par de simples coïncidences.

7° Le cancroïde ne débute que sur les membranes tapissées d'épithélium. Le cancer, au contraire, peut débuter partout où il y a des vaisseaux.

8° Beaucoup d'organes où le cancroïde est très fréquent sont rarement atteints de cancer. Beaucoup d'organes où le cancer est commun ne sont jamais atteints de cancroïde.

9° Le véritable cancer de la peau est très rare. La plupart des affections suspectes de la peau, désignées autrefois sous les noms de cancer du visage, cancer du sein, cancer du prépuce, cancer de la peau des membres, etc., ne sont autre chose que des cancroïdes.

10° La marche du cancroïde est beaucoup plus lente, en général, que celle du cancer. La durée moyenne de la vie, lorsqu'on abandonna ces affections à elles-mêmes, est beaucoup plus considérable pour le cancroïde que pour le cancer, presque dans la proportion de 10 : 1.

11° Le cancer débute, en général, par une tumeur circonscrite; le cancroïde débute soit par un bouton à base diffuse, soit par une verrue, soit par une hypertrophie papillaire, soit par une surface à peine indurée, fendillée ou exulcérée, qui pendant longtemps se recouvre de croûtes avant de devenir le siége d'une ulcération véritable.

12° Ces caractères sont tellement tranchés, que de tout temps les cliniciens en avaient été frappés, et avaient cru devoir distinguer par un nom particulier les tumeurs que nous désignons aujourd'hui sous le nom de cancroïdes.

13° Les ulcères cancéreux donnent lieu à des hémorrhagies beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus abondantes que les ulcères cancroïdes.

14° Le cancer envahit les ganglions beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus rapidement que le cancroïde.

15° Le cancer et le cancroïde, abandonnés à eux-mêmes, se terminent, en général, par la mort; mais la mort, dans le cas de cancroïde, ne présente rien de spécial; elle est la conséquence, soit du siége de la tumeur, comme dans le cas de cancroïde du larynx, soit de l'épuisement produit par la suppuration, soit d'une sorte d'infection putride produite par la résorption ou par la déglutition des matières que sé-

crète l'ulcère, etc. Dans le cancer, les mêmes phénomènes peuvent entraîner la mort; mais de plus, le cancer détermine une intoxication spéciale, la cachexie cancéreuse ou l'infection cancéreuse.

16° Le cancroïde et le cancer peuvent récidiver après l'extirpation; mais l'étude des récidives montre de nouvelles différences entre ces deux affections.

17° Au point de vue de la fréquence, il est démontré que la récidive du cancer est infiniment plus fréquente que celle du cancroïde. La vérité de cette proposition a été reconnue et proclamée à toutes les époques, et longtemps avant l'intervention du microscope.

18° Il est certain qu'on guérit par l'opération un grand nombre de cancroïdes. Il est douteux qu'on ait jamais guéri le véritable cancer.

19° Le cancroïde ne récidive que par continuation, c'est-à-dire dans la sphère d'action locale de la tumeur primitive, soit sur place, soit par irradiation, soit dans les ganglions correspondants, ce qui n'a lieu du reste que par exception. Le cancer récidive souvent de la même manière, mais souvent aussi il récidive par repullulation véritable sur un point quelconque de l'organisme.

20° A l'autopsie des individus morts par les progrès du cancer, on trouve très souvent, environ une fois sur deux, des cancers multiples disséminés dans les organes internes, et méritant le nom de cancers par infection. Rien de pareil ne se constate à l'autopsie des individus morts de cancroïde. Sur plus de cinquante autopsies de ce genre faites en France, il n'y en a pas eu une seule où on ait trouvé des cancroïdes multiples, et l'exception unique citée par M. Paget, lors même qu'elle serait sans réplique, serait de nature par son excessive rareté à contraster de la manière la plus frappante avec l'excessive fréquence des cancers par infection.

21° Le cancroïde est une tumeur, le cancer est une maladie; le premier est le résultat d'une affection locale du système tégumentaire, le second est dû à une affection générale de l'économie.

22° La distinction entre le cancroïde et le cancer a été pressentie, indiquée ou même développée par un grand nombre de chirurgiens pendant la durée du siècle qui vient de s'écouler. L'anatomie pathologique n'a fait que confirmer et rendre irrécusable une distinction déjà reconnue par la pathologie proprement dite.

Après ces conclusions purement scientifiques, M. Broca termine son rapport en proposant au nom de la commission :

1° Le renvoi du travail de M. Heyfelder fils au comité de publication;

2° L'inscription du candidat sur la liste des membres correspondants étrangers.

DISCUSSION SUR CE TRAVAIL.

M. Michon approuve presque complétement les opinions émises par M. Broca dans son rapport. Toutefois il désirerait qu'on modifiât la conclusion relative à l'hérédité du cancroïde. Il conserve à cet égard quelques doutes. Il y a peut-être là quelque prédisposition héréditaire. Assurément les pneumonies ne sont pas héréditaires; toutefois dans certaines circonstances l'on paraît hériter d'un poumon prédisposé aux phlegmasies; l'on hérite aussi d'une peau prédisposée à certaines maladies. N'en serait-il pas de même pour le cancroïde?

M. Broca accepte les réserves faites par M. Michon; mais il ajoute que ce genre d'hérédité, si différent de celui qui appartient au cancer, doit être bien rare, puisque jusqu'ici on n'en a pas cité un seul exemple.

(La discussion continuera dans la prochaine séance.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Marjolin met sous les yeux de la Société un calcul vésical qui, malgré son volume assez considérable, a été rendu spontanément. Le malade, qui est âgé de soixante-quatorze ans, est depuis plus de dix ans atteint de gravelle. A plusieurs reprises, il a rendu des calculs gros comme des lentilles; mais jamais il n'en avait rendu d'aussi volumineux que celui-ci, qui a la forme d'une amande de cacao. Sa longueur est de 2 centimètres et demi; dans son plus grand diamètre, il a 1 centimètre. Sa forme, l'absence de facettes et quelques symptômes locaux éprouvés par le malade, portent M. Marjolin à croire que ce calcul est unique, qu'il s'est formé dans un des uretères, et que pendant un temps assez long il est resté à la partie inférieure de l'un de ces canaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 23 août 1854.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. le docteur Depaul présente à la Société un malade qu'il a traité et guéri d'un anévrisme poplité par la compression de l'artère fémorale. Il est facile de constater l'absence de battements dans la poche anévrismale. M. Depaul, dans une prochaine séance, fera connaître tous les détails de ce fait.

Vacance d'une place de membre titulaire. — M. le président annonce qu'une place de membre titulaire est vacante dans la Société et que la nomination aura lieu dans un mois.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. BROCA.

M. Marjolin adresse à M. Broca deux remarques : l'une sur la nonhérédité du cancroïde, l'autre sur l'incurabilité du cancer. Il voudrait que le rapporteur modifiât la conclusion 21e de son travail dans laquelle il dit : « Le cancroïde est une tumeur, le cancer est une maladie. » Puisque M. Broca, dans la dernière séance, a reconnu avec M. Michon que le cancroïde pouvait se rattacher à une prédisposition héréditaire, ne doit-on pas en conclure qu'il y a là autre chose qu'une tumeur?

M. Broca a soutenu que le cancer était incurable; mais une telle proposition doit jeter dans le désespoir les malades et les chirurgiens. D'autre part, il existe des cas de tumeurs cancéreuses qui sont restées stationnaires. M. Lenoir a cité le fait d'une femme opérée cinq fois de véritables tumeurs cancéreuses. Ces opérations laissèrent enfin à la malade cinq ans de calme pendant lesquels elle put mener à bien une grossesse. Mais survinrent de nouvelles récidives et, à la treizième opération, la malade succomba. M. Marjolin rapproche de ce fait un autre de M. Velpeau, où un cancer opéré depuis dix ans n'aurait point récidivé. Est-on en droit de dire que ces longues années passées sans récidive ne sont pas une guérison?

M. Broca tient à conserver la proposition 21e de son rapport à laquelle M. Marjolin a fait allusion. Il a voulu dire et soutient encore que dans le cancer la tumeur se développe sous l'influence d'un état général diathésique transmis par hérédité, tandis que dans le cancroïde la tumeur est originairement toute la maladie. Si l'on enlève complé-

tement un cancroïde, l'on guérit le malade; s'il s'agit d'un cancer, l'opéré ne sera point guéri, parce que la tumeur est dominée par un état général, une diathèse exprimée dans la proposition 21e par le mot *maladie*.

Pour revenir à la question de l'hérédité, M. Broca répond à M. Marjolin qu'il n'a point fait à cet égard une concession aussi grande qu'il semble le croire. En effet, qu'il y ait dans le cancroïde une certaine espèce d'hérédité, elle ne peut être comparée à celle du cancer. En effet, cette dernière n'est plus à l'état d'hypothèse; on peut la suivre facilement à travers plusieurs générations, et M. Broca cite à ce propos une famille dans laquelle, depuis 1748, on a constaté quatorze cas de cancer, presque tous chez des femmes et dans la glande mammaire. C'est là un fait entouré d'une grande certitude. Pourrait-on en citer d'analogues pour le cancroïde? Non, assurément; et M. Broca croit avoir eu raison d'établir que cette hérédité n'était point démontrée.

M. Broca reconnaît avec M. Michon qu'on peut hériter d'une peau prédisposée à contracter des phlegmasies. Mais il faut ajouter que cette sorte d'hérédité localisée n'est point démontrée; on la comprend, mais on en cherche encore les preuves.

M. Marjolin voudrait qu'on supprimât la conclusion relative à l'incurabilité du cancer. M. le rapporteur ne peut accepter ce changement; car il croit établie l'incurabilité du cancer, et la vérité est ici nécessaire à dire. Mais M. Marjolin, s'appuyant sur cette incurabilité du cancer, a semblé faire dire à M. Broca qu'il ne faudrait pas opérer les tumeurs cancéreuses. C'est là une autre question bien distincte de la première. Assurément, l'on ne peut point ranger au nombre des guérisons, comme l'a fait M. Marjolin, la malade de M. Lenoir. Cependant les opérations nombreuses qu'elle a subies lui ont été éminemment utiles, et elle doit à la chirurgie un certain nombre d'années d'existence sans récidive de son mal. C'est à ce point de vue bienfaisant qu'on doit considérer les opérations entreprises contre le cancer. A ce propos, M. le rapporteur cite le fait d'un homme opéré pour la première fois, par Blandin en 1843, d'une tumeur cancéreuse reposant sur la trachée; en 1849 il éprouvait sa huitième récidive, et en septembre 1850 il succombait. En calculant les jours que cet homme a passés libre de toute tumeur, on trouve qu'il a vécu deux ans et onze mois sans récidive. C'est assurément là un bienfait énorme, et M. Broca insiste pour établir qu'à ce point de vue le cancer est opérable; mais il maintient qu'il n'est pas démontré que la chirurgie ait arraché un seul cancéreux à la mort. Ainsi sur dix-neuf cancéreux dont M. Broca a suivi l'his-

toire, dix-sept étaient morts au bout de deux ans et les deux autres ont succombé depuis. Il faut vraiment que cette incurabilité soit la règle; car, depuis que la négation de la guérison du cancer a été émise, on n'a cité contre cette doctrine qu'un petit nombre de faits insignifiants. Mais admettons que la diathèse cancéreuse disparaisse, cela ne peut avoir lieu que dans des cas exceptionnels, tandis que le cancroïde guérit fréquemment. Cette dernière proposition est démontrée depuis un siècle, depuis le remarquable travail de Ledran. M. Broca a recueilli dans le service de Blandin plusieurs cas de cancroïde guéri, et, pendant deux années, il a pu les suivre sans constater de récidive. En résumé, dit M. le rapporteur, il existe entre le cancroïde et le cancer une immense différence; l'un peut ne pas récidiver, l'autre récidive toujours.

M. Marjolin répond en exprimant le désir que M. Broca envisage la question de l'incurabilité du cancer d'une façon moins absolue.

M. Verneuil demande la parole pour faire au rapporteur une question sur le travail de M. Heyfelder fils. Cet auteur, dans ses recherches sur le cancroïde, a-t-il tenu compte des diverses variétés que présente cette affection encore mal déterminée?

M. Verneuil fait remarquer que, lorsqu'on a commencé à reconnaître que toutes les tumeurs ulcérées de la peau n'étaient pas des cancers, on s'est contenté de les ranger dans deux catégories : la première renfermant les vrais cancers, la seconde comprenant sous le nom de cancroïde (mot déjà ancien) tout ce qui n'était pas du cancer. Au point de vue clinique, on a confondu sous ce nom au moins cinq espèces d'affections distinctes qui ont quelques caractères communs, mais qui diffèrent essentiellement quant à leur structure.

Ce sont :

1° Les tumeurs épidermiques formées par une accumulation circonscrite d'épiderme ou de l'épithélium de revêtement des muqueuses;

2° Les hypertrophies papillaires ulcérées ou non;

3° Les tumeurs glandulaires qu'on rencontre à la peau, où elles ont pour base les glandes sudoripares, et aux muqueuses, où elles siégent dans les diverses glandes qu'on y rencontre;

4° Quelques tumeurs ulcérées qui ont pour point de départ les glandes sébacées, comme M. Huguier l'a déjà noté, peuvent également simuler des cancroïdes : les dermatologistes connaissent déjà une variété d'ulcères de la face qu'ils placent dans cette classe si mal déterminée des lupus et qui reconnaît pour siége les follicules sébacées; M. Verneuil a vu tout récemment une ulcération qui avait envahi une

partie du lobule et des ailes du nez; elle était recouverte de croûtes épaisses; son fond était saignant, inégal; ses bords saillants, durs, un peu renversés, et il a pu reconnaître dans ce cas une hypertrophie énorme des glandes sébacées, qui avaient détruit le derme, puis s'étaient ramollies et détruites à leur tour, d'où résultait une perte de substance;

5° Enfin, quelques kéloïdes spontanées ou cicatricielles ulcérées peuvent encore offrir une grande ressemblance avec les tumeurs épidermiques, les cancroïdes, et il cite à ce propos le cas suivant : M. Denonvilliers enleva dernièrement une tumeur du bras du volume d'une grosse aveline, recouverte de croûtes à sa surface et reposant sur une base dure. M. Verneuil examina d'abord la superficie de cette pièce, et reconnut tous les caractères d'une accumulation considérable d'épiderme cutané. Cet élément formait une couche molle, friable, blanchâtre, de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur; quand, au contraire, il examina la base dure de la tumeur, il la trouva formée par une hypertrophie fibreuse du derme. Il y avait donc là deux choses distinctes; mais l'histoire de la maladie en rendait un compte satisfaisant. Le malade portait depuis longtemps une tumeur dans l'épaisseur de la peau; cette tumeur, dure, indolente, était devenue au bout de plusieurs années douloureuse au moindre contact; on avait diagnostiqué alors un de ces tubercules cutanés douloureux confondus longtemps avec les tumeurs squirrheuses, et on avait cherché à le détruire par des applications réitérées et insuffisantes d'un agent caustique. Cette pratique avait provoqué l'apparition d'une ulcération, et sans doute on doit lui rapporter aussi l'accumulation d'épiderme qui, au premier abord, aurait pu faire prendre le change sur la vraie nature du mal.

M. Verneuil pense que le mot de cancroïde doit disparaître; il croit qu'il faut désormais étudier à part chaque variété de tumeur ulcérée de la peau, en déterminer la structure, l'origine, le siége, l'évolution. Il y aura dès lors lieu de faire une description particulière de chacune de ces maladies, de chercher leurs affinités et leurs différences tirées et de la composition anatomique et de la marche clinique.

Il croit que l'on pourra sans trop de difficultés faire cette histoire, et déjà au lit du malade, et sans examen microscopique, on peut soupçonner à quelle affection on a affaire. Il faudra ensuite chercher la gravité relative de chaque variété. C'est ainsi qu'il pense que la tumeur épidermique est la plus grave de toutes au point de vue de la récidive, de la propagation, de la marche envahissante, etc., etc. L'hy-

pertrophie papillaire, d'après les faits qu'il a vus, lui paraît moins grave.

Au reste, la nécessité de ces distinctions a été bien entrevue par les auteurs, qui ont déjà reconnu la plupart des variétés énoncées plus haut. C'est ainsi que MM. Lebert, Paget, Simon ont bien étudié quelques-unes des hypertrophies papillaires, et que le second, entre autres, ne les range plus dans les cancroïdes, réservant ce nom aux seules hypertrophies épidermiques.

M. Verneuil ne voit pas que M. Heyfelder et M. Broca aient suffisamment tenu compte de ces variétés, et il est d'avis qu'on ne peut rien généraliser sur le cancroïde, tant qu'on comprendra sous cette dénomination vicieuse une foule d'affections distinctes.

On peut avec avantage poursuivre le même principe pour les muqueuses. Ainsi, on trouve à la lèvre des tumeurs épidermiques, des hypertrophies papillaires, des tumeurs glandulaires; aux gencives, qui sont dépourvues d'éléments sécréteurs, on trouve des ulcérations épidermiques et des hypertrophies papillaires ulcérées. Les mêmes variétés se retrouvent à la muqueuse linguale; mais la prédominance des papilles rend très commune la forme correspondante d'ulcérat.on non cancéreuse.

Même observation pour les muqueuses de la vulve, du vagin, du col de l'utérus. Sur ce dernier organe, on trouve bien manifestement trois variétés : les hypertrophies épidermiques, papillaires, glandulaires. Un grand nombre de prétendus cancers se rapportent surtout à cette dernière, qui a été bien étudiée par M. Robin.

En un mot, ces recherches, poursuivies par tous ceux qui s'occupent sérieusement de la détermination du siége et de la nature des maladies, réalisent déjà, et promettent encore les résultats les plus féconds pour la chirurgie et la pathologie générale.

M. Verneuil adresse encore un léger reproche au rapporteur, qui a dit que jamais le cancroïde ne naissait sous une influence diathésique. D'accord avec MM. Marjolin et Michon, il pense au contraire que rarement une tumeur ulcérée de la peau, épidermique ou papillaire, existe seule, et sans que d'autres points du tégument présentent diverses altérations analogues à des degrés différents.

La multiplicité des verrues sur le même sujet, ou des ulcérations superficielles avec formation incessante de croûtes, est un fait des plus communs, et une malade vue par M. Broca lui-même dans le service de M. Lenoir en fait foi. Cette femme, affectée d'une tumeur épidermique assez étendue pour que l'amputation de l'avant-bras ait été

jugée indispensable, a la peau parsemée d'une foule de petites tumeurs de la même nature, mais qui sont encore très rudimentaires et tout à fait indolentes. Cette femme dit très explicitement que tous ces points malades n'ont d'abord présenté qu'une très petite élevure analogue à une verrue, à peine visible à l'œil nu, et comme on en trouve encore bon nombre au moment actuel. Elle affirme que l'évolution a été la même pour toutes, la plus grosse y comprise.

Comment nier la diathèse dans ces cas qui constituent presque la règle, surtout chez les vieillards, chez lesquels les cancroïdes sont si communs?

Que, du reste, les adversaires des recherches modernes ne voient pas là une raison pour assimiler les cancroïdes au cancer. Dire que les premiers peuvent naître sous une influence diathésique, c'est tout simplement ranger très logiquement le système tégumentaire sous les mêmes lois que tous les autres systèmes organiques. En effet, quoi de plus commun qu'une influence morbide se généralisant à tout un système. La carie, le rachitisme restent-ils bornés à un seul os? la goutte, le rhumatisme à une seule articulation? Les anévrismes multiples sont-ils rares, et le système veineux n'est-il jamais variqueux qu'en un seul point? Ne voit-on pas, pour descendre des organes compliqués aux tissus simples, des sujets porter plus de cent lipômes ou un grand nombre de tumeurs fibreuses? Pourquoi donc les papilles ou la couche épidermique ne pourraient-elles pas devenir malades simultanément ou successivement en plusieurs points?

On ampute une jambe pour une carie; la lésion se montre quelques mois plus tard dans le genou ou dans le membre opposé, la diathèse s'est continuée, et voilà tout. On enlève un lobule hypertrophié de la mamelle; un an plus tard, un autre lobule se prend, et à la rigueur un troisième en fait autant plus tard. Qui songe à s'étonner de cela? Personne. Eh bien! on enlève aujourd'hui une tumeur papillaire ulcérée; elle ne se reproduit pas, mais les papilles voisines deviennent malades; c'est que la cause générale persiste. Que faut-il faire? Enlever la cause générale si on le peut, ou poursuivre la récidive indéfiniment. Mais comme la chirurgie ne peut aller jusqu'à enlever toutes les papilles, c'est-à-dire jusqu'à décortiquer l'individu, on doit voir sans surprise l'affection se généraliser et déborder les efforts de l'art. Il faut d'ailleurs se rappeler que la peau est un organe dans lequel une maladie se propage et se généralise avec le plus de facilité.

La question de la reproduction, de la récidive ne peut être sainement jugée qu'alors qu'on tiendra compte de la différence radicale

qui existe entre la diathèse portant sur un seul système et celle qui porte sur l'ensemble de l'économie, aussi bien sur les solides que sur les liquides, et qui, comme le cancer, par exemple, envahit ici un os, là une glande, sans point de départ fixe, sans terminaison anatomique régulière.

M. Demarquay rapporte plusieurs cas de cancers suivis, selon lui, de guérison. Une dame, fille d'une femme morte d'un cancer de l'utérus, est restée guérie depuis quatorze ans d'une tumeur cancéreuse du sein qui a nécessité l'opération. Il y a quatre ou cinq ans, une sœur de cette dame a dû aussi se faire enlever une tumeur cancéreuse de la joue. Un homme examiué par M. Cloquet et opéré d'un encéphaloïde du testicule n'a point eu de récidive depuis douze ans. Un sarcocèle cancéreux enlevé depuis trois ans par M. Velpeau n'a point reparu. M. Demarquay croit qu'il faut tenir compte de ces faits dans la question de la curabilité du cancer, et il s'engage à compléter ces observations si les personnes dont il a rappelé l'histoire viennent à succomber.

COMITÉ SECRET.

La Société se réunit en comité secret à cinq heures moins un quart. — La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 30 *août* 1854.

Présidence de M. Huguier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. BROCA.

M. Giraldès pense que M. Broca a très nettement résumé l'état de la science sur le cancroïde dans les propositions qui terminent son travail: aussi n'a-t-il pas compris les objections que M. Verneuil a adressées au rapporteur. Ces objections avaient pour but de mettre en relief quelques points que M. Verneuil croyait tout à fait inconnus. Il a voulu établir que des hypertrophies papillaires, glandulaires ou des follicules sébacés pouvaient en imposer pour des cancroïdes épithéliaux. Mais la plupart de ces distinctions ont déjà droit de domicile dans la science.

Ainsi, MM. Lebert, Vogel et Pajet ont fait ressortir les analogies et les différences qui existent entre les tumeurs papillaires et les cancroï-

des épithéliaux. Quant aux hypertrophies des glandes sudoripares, qui pourraient être prises pour des cancroïdes, M. Giraldès ne connaît rien de publié à cet égard, et il accorde à M. Verneuil la priorité de cette distinction. Mais il ajoute, relativement aux autres hypertrophies glandulaires ulcérées, que leur similitude avec le cancroïde a déjà été signalée.

Arrivant ensuite à l'examen des faits que M. Demarquay a recueillis çà et là et qu'il croit pouvoir opposer au rapporteur, M. Giraldès les divise en deux catégories :

1° *Ceux où il y a eu examen microscopique;*

2° *Ceux où l'on n'a point fait intervenir le microscope.*

Les faits de la première catégorie, en supposant qu'on ait évité toute erreur, signifient seulement qu'une femme a pu rester plusieurs années sans récidive de son mal. La chose n'est point rare, et M. Giraldès cite un relevé statistique, emprunté à M. Pajet, où l'on voit certaines tumeurs cancéreuses ne récidiver qu'après plusieurs années. L'objection que M. Demarquay a voulu tirer de la non-récidive au bout de quelques années est donc sans valeur pour établir la curabilité du cancer.

Quant aux faits de la seconde catégorie, ils ne peuvent véritablement figurer dans cette discussion. L'autorité de Blandin, quelque respectable qu'elle soit, ne peut servir ici de garantie, et à ce propos M. Giraldès rappelle qu'il enleva un jour de la région mammaire une tumeur hypertrophique que Blandin examina et crut être un encéphaloïde. Les faits de M. Demarquay ne prouvent donc pas que le cancer soit curable, et la proposition du rapport de M. Broca reste dans son intégrité.

M. Verneuil ne s'est point attribué la priorité des faits qu'il énonçait ; il a seulement voulu dans un tableau d'ensemble présenter des faits anatomiques en les rattachant aux faits cliniques. Il soutient de nouveau que chacun des éléments d'une membrane cutanée ou muqueuse peut s'hypertrophier et être pris pour un cancroïde. Il ne faut donc point s'engager dans l'histoire de cette dernière production morbide sans faire les distinctions qu'il a établies.

M. Broca partage complétement l'opinion de M. Giraldès sur la valeur des observations invoquées par M. Demarquay en faveur de la curabilité du cancer. Il se contentera de faire remarquer que sur quatre observations deux seulement renferment des détails microscopiques. Or, c'est dans les deux cas où le microscope n'est point intervenu que la récidive a été le plus longtemps à se faire attendre ;

dans les deux autres la non-récidive n'a duré que de trois à cinq ans. Ainsi ces observations n'apportent aucun fait nouveau dans la science.

Restent maintenant les arguments de M. Verneuil. Ce dernier distingue cinq variétés de cancroïde; mais M. Broca ne saurait accepter comme cancroïde quelques-unes de ces variétés.

Le cancroïde est une tumeur constituée par l'épithélium, et ce sont les tumeurs épithéliales que M. Broca a eues en vue dans son rapport. Or les tumeurs dont parle M. Verneuil ne sont pas composées par l'épithélium seul, et l'on ne s'y trompe point, même à l'œil nu. Ainsi le lupus n'a aucunement la structure du cancroïde. A la vérité, M. Verneuil y a trouvé des hypertrophies des follicules sébacés; mais c'est le tissu fibro-plastique qui en forme la base. Si donc, à une certaine période de son développement, le lupus peut avoir quelque analogie anatomique avec le cancroïde, il en est en général fort différent. M. Broca pense donc que M. Verneuil a introduit quelque confusion dans ce sujet, en faisant ces divisions. Après avoir éliminé certaines espèces morbides qui ne peuvent être confondues avec le cancroïde, on se trouve en présence de trois variétés qui méritent un examen plus sérieux : 1° la tumeur épidermique; 2° la tumeur papillaire; 3° l'hypertrophie glandulaire de la peau.

M. Verneuil a bien voulu montrer à M. Broca une pièce où il avait trouvé une hypertrophie glandulaire de la peau. On trouvait là, dans la peau d'un doigt, une tumeur formée par un noyau central d'où s'irradiaient des traînées blanchâtres, sortes de boyaux tapissés d'épithélium, et formés évidemment par des glandes sudoripares. Le noyau central était un cancroïde épithélial, reconnaissable à ses globes épidermiques. Que s'était-il passé là? Evidemment, autour du cancroïde s'était fait un travail en vertu duquel les glandes circonvoisines s'étaient hypertrophiées, de même qu'autour d'un cancer de la mamelle on trouve des hypertrophies glandulaires. Voilà comment M. Broca interprète le fait de M. Verneuil.

Viennent ensuite les variétés épidermique et papillaire. Suivant M. Verneuil, la tumeur épidermique diffère de la tumeur papillaire, non-seulement par sa structure, mais par sa malignité. M. Broca ne saurait encore partager cette opinion, car selon lui la tumeur papillaire, comme la tumeur épidermique, détruit profondément les tissus et infecte les ganglions. Il a vu une tumeur papillaire qui avait profondément creusé la peau du talon, et M. Robin lui a cité trois cas de véritables tumeurs papillaires qui avaient infecté les ganglions. Dans un fait emprunté au service de M. Jobert, c'étaient les ganglions pa-

rotidiens qui étaient infectés. Dans un second cas, observé dans le service de M. Nélaton, un cancroïde papillaire de la lèvre était accompagné de ganglions infiltrés d'épithélium et de globes épidermiques. Enfin dans un troisième fait, sur lequel M. Michon pourra donner quelques renseignements, l'on a vu un cancroïde de la main, magnifique type de cancroïde papillaire, après avoir nécessité l'amputation de l'avant-bras, récidiver dans les ganglions de l'aisselle qu'on enleva, et qui furent trouvés infiltrés d'épithélium.

En résumé, M. Broca repousse les distinctions établies par M. Verneuil entre la forme épithéliale et la forme papillaire.

Toutefois, il se plaît à reconnaître que les cancroïdes papillaires marchent moins vite que les cancroïdes épithéliaux. La forme papillaire est d'abord une forme superficielle; mais peu à peu elle creuse et détruit les tissus; puis elle finit par se comporter comme le cancroïde épithélial.

M. Michon ajoute, sur le fait qu'il a observé, quelques détails à ceux que M. Broca a donnés. Il s'agissait d'une ulcération cancroïdale développée sur les doigts et sur la main à la suite d'une brûlure. L'avant-bras fut amputé à son tiers supérieur par un chirurgien de province; mais la récidive eut lieu dans le moignon, puis dans deux ganglions, l'un brachial, l'autre axillaire. M. Michon enleva d'abord les deux ganglions et amputa plus tard le bras. Les ganglions étaient infiltrés d'épithélium. Toutefois, la santé générale s'était bien conservée, et six mois après la dernière amputation le malade allait encore bien.

M. Verneuil se défend d'avoir voulu faire rentrer le lupus dans le cancroïde. Il a dit seulement que les ulcérations de la peau qui avaient pour base des hypertrophies folliculaires pouvaient être prises pour des ulcérations cancroïdales. Il croit que le mot cancroïde doit disparaître de la nosologie; car si l'on appelait cancroïde toutes les tumeurs qui ont de l'épithélium, cette définition serait mauvaise. Ainsi, des tumeurs glandulaires de l'utérus finissent, en se développant, par s'infiltrer d'éléments épithéliaux qui peuvent les faire ressembler à des cancroïdes épidermiques. M. Broca a rappelé un des faits qui ont servi aux recherches de M. Verneuil; mais ce fait est le moins concluant de tous. M. Verneuil a pu examiner sur d'autres pièces de petites tumeurs formées uniquement par les tubes sudoripares, sans mélange d'infiltration épidermique; mais dans un cas où l'on pouvait observer plusieurs de ces petites hypertrophies glandulaires simples, on ne trouvait d'épithélium infiltré que lorsqu'on se rapprochait de tumeurs plus volumi-

neuses. M. Verneuil cite en dernier lieu l'examen d'une tumeur de la sous-cloison du nez que lui a remise M. Denonvilliers. Elle était formée de tubes sudoripares hypertrophiés.

M. Broca ne conserve pas le moindre doute sur les hypertrophies glandulaires de la peau. Ce qu'il conteste, c'est leur parenté avec les tnmeurs ulcéreuses désignées sous le nom de cancroïde épidermique ou papillaire. Même dans les faits qu'a cités M. Verneuil, il n'est pas disposé à croire que la maladie ait débuté par l'hypertrophie des glandes sudoripares.

Cette discussion close, la Société adopte la première conclusion du rapport de M. Broca, relative au renvoi du travail de M. Oscar Heyfelder au comité de publication. Le rapport de M. Broca sera annexé à ce travail.

— La Société procède ensuite au vote sur la candidature de M. O. Heyfelder. Celui-ci, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Gerdy fait à la Société la communication suivante sur la *carie* et la *nécrose*.

Je me propose, dit-il, de vous montrer aujourd'hui quelques pièces de nécrose propres à éclairer plusieurs points de l'histoire de cette maladie ; mais comme M. Bouvier m'a manifesté des doutes sur l'existence de la carie dure, j'ai apporté aussi de nouvelles pièces de carie dure pour qu'on en pût bien constater la réalité.

M. Gerdy montre alors une douzaine de pièces osseuses dont un tiers se laisse pénétrer facilement par la pointe de grosses épingles et dont les deux autres tiers résistent à cette pénétration.

Ces caries dures, dit M. Gerdy, sont peut-être plus communes que les caries tendres ou molles. Plus j'en examine comparativement, plus cette vérité m'apparaît évidente. C'est encore ce que j'ai vérifié ce matin même au musée du Val-de-Grâce, que M. Larrey a bien voulu faire ouvrir à mon examen. D'ailleurs, le même os peut offrir sur la même surface cariée des points durs et réfractaires à l'épingle et des points tendres à divers degrés, et l'un à côté de l'autre, à un millimètre de distance. Mais notre honorable collègue me fait passer un billet où il me dit : « On n'a pas nié l'état dur d'os cariés ; mais on a soutenu que c'était une période de la carie, non une espèce distincte, non une carie toujours dure de sa nature. » Si l'on reconnaît l'existence du fait,

c'est l'essentiel; c'est bien certainement un mode, et un mode qui s'observe à toutes les époques de la maladie, mais pas exclusivement à la fin, vers la guérison, comme on pourrait le croire d'après ce qui se passe dans le rachitis et les arthrites ramollissantes qu'on nomme arthrites sèches, où l'os s'indure en guérissant.

J'ajouterai un dernier mot sur les caries tendres ; c'est qu'elles sont ordinairement accompagnées d'ostéite raréfiante chez les scrofuleux, et que cette ostéite ressemble à celle du rachitisme qu'on a décrite comme propre à cette affection.

M. Gerdy présente alors une série de pièces propres à démontrer ce fait, et il en conclut que la raréfaction des os n'appartient pas exclusivement au rachitisme, qu'elle appartient aussi à d'autres maladies, à la scrofule, entre autres, et concourt à former divers modes de l'ostéite, en même temps qu'elle peut être indépendante de l'inflammation des os.

M. Gerdy présente ensuite divers séquestres de vraie nécrose, de la nécrose admise par tout le monde, pour prouver que tous ces séquestres sont invasculaires et inenflammés. Il montre, au contraire, que les séquestres de carie, mortifiés par l'érosion qui les sépare de l'os vivant, sont vasculaires et enflammés ; que, tandis que dans la vraie nécrose l'os meurt *initialement* sans être séparé des parties vivantes , dans la carie il meurt secondairement par le fait de cette séparation , comme une oreille, un nez, un doigt coupés, abattus et privés de sucs nourriciers ; qu'on ne peut pas supposer que les vraies nécroses soient la suite de l'ostéite du séquestre, puisque leur séquestre n'offre pas de traces d'inflammation ; que l'érosion qui se développe autour de ces séquestres n'est pas une érosion ulcérante de carie, puisqu'elle se guérit spontanément après l'expulsion du séquestre, mais une érosion provoquée par sa présence ; que dès lors la mort de l'os, de la partie nécrosée est antérieure à l'érosion et au phénomène initial ; qu'il est d'ailleurs parfois impossible de distinguer une carie dure du tissu celluleux surtout d'une vraie nécrose.

Enfin M. Gerdy montre que les nécroses complexes profondes et mortelles des amputations se composent de nécroses superficielles qui tiennent à la périostite, de nécroses profondes dues à la myélite, en sorte que ce sont des affections extrêmement compliquées ; que c'est cet ensemble de lésions auxquelles peut se joindre la phlébite qui entraîne la mort de la plupart des amputés, et non la phlébite en parti-

culier que nos imaginations chirurgicale et médicale ont tant calomniée, tant noircie depuis un quart de siècle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. FOLLIN.

Séance du 6 *septembre* 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Sédillot et Prestat, membres correspondants, sont présents à la séance.

Il remercie en même temps M. Sédillot de l'envoi des thèses de la Faculté de Strasbourg et de la *Gazette médicale* de cette ville.

M. SÉDILLOT saisit l'occasion de communications faites à la Société sur la section du maxillaire dans les cas de cancers profonds de la langue, pour indiquer une modification de son procédé, qui lui paraît en assurer le succès.

M. Huguier avait, dans une précédente séance, annoncé qu'il avait pratiqué la section du maxillaire en 1850; mais la première observation publiée par M. Sédillot date de 1844, et a été insérée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. M. Sédillot a trouvé une assez grande difficulté à maintenir immobiles et dans un rapport parfait les deux moitiés du maxillaire, et il a paré à cet inconvénient en pratiquant deux sections en *coin* dans le sens horizontal de l'os. Il en résulte un emboîtement de cette espèce de coin osseux ainsi produit dans l'angle rentrant opposé, et une simple fronde embrassant le contour extérieur de la mâchoire suffit pour éviter tout déplacement d'avant en arrière, seul mouvement resté possible, puisque celui de haut en bas est complétement empêché par la disposition et l'emboîtement des segments osseux.

M. Sédillot appelle encore l'attention de ses collègues sur une nouvelle application faite à la blépharoplastie de son procédé à double lambeau de la méthode indienne. On sait que ce procédé a d'abord été imaginé pour la restauration de la lèvre inférieure, et que plus tard il a donné un succès complet dans un cas de chéiloplastie de la lèvre supérieure (voir les *Mémoires de la Société de chirurgie*). Cette année, M. Sédillot eut à traiter un malade dont toute la paupière inférieure, à l'exception du bord ciliaire, avait été détruite dès l'enfance par un lupus, ainsi qu'une partie de la joue, de la tempe et du sillon labio-

nasal. Tous les autres procédés étaient insuffisants. M. Sédillot tailla deux lambeaux, le premier temporal, le second naso-frontal, et parvint à rendre à la paupière une mobilité et une position normales ..... M. Sédillot fait remarquer à cette occasion combien il est important de comprendre dans la base du lambeau les points d'émergence de vaisseaux susceptibles d'en entretenir la vitalité. Ainsi le sommet du lambeau, alimenté par l'artère sus-orbitaire qui avait été coupée, se mortifia, tandis que la portion nasale, qui recevait les vaisseaux émergents du grand angle de l'orbite, resta intacte et suffit à la réussite de l'opération.

Discussion sur les communications de M. Sédillot. — M. Gerdy ne croit pas qu'on doive tenter par l'autoplastie ces réparations des paupières. En effet, les téguments voisins de l'orbite sont dans des conditions anatomiques défavorables pour former utilement de minces replis palpébraux. M. Gerdy rappelle ensuite qu'un jour il fut obligé d'enlever des paupières cancéreuses, et quelque temps après il vit avec surprise que le malade pouvait recouvrir son œil par les seules contractions des fibres restantes du muscle orbiculaire.

M. Huguier fait remarquer que dans le cas où il pratiqua la section du maxillaire inférieur la réunion s'opéra facilement, quoique la section fût verticale ; mais il eut soin de disposer l'une des épingles de la suture de façon qu'elle passât très près de la gencive : elle pouvait ainsi fixer les deux fragments de l'os, car c'était une suture qui retenait à la fois les parties molles et les parties dures.

M. Gerdy a prétendu qu'en prenant pour la blépharoplastie les téguments voisins des paupières l'on n'obtenait que des lambeaux épais et peu convenables ; mais souvent aussi ces téguments sont altérés par des cicatrices, tandis que la paupière même est conservée avec ses cartilages. C'est alors que ces cicatrices, en se rétractant, ont fait disparaître les paupières ; l'une est entraînée en bas, l'autre ramenée en haut. Il suffit souvent, pour reproduire ces organes protecteurs de l'œil, de pratiquer au-dessus ou au-dessous des brides cicatricielles, des incisions transversales. Deux fois M. Huguier a pu reconstruire ces voiles palpébraux en faisant ces incisions, en décollant les lambeaux et les réunissant au-devant de l'œil après avoir avivé les bords des paupières.

M. Sédillot partage complétement l'opinion de M. Huguier sur cette disparition apparente des paupières. Une fois il put ainsi décoller une paupière inférieure des cicatrices qui la retenaient ; un appareil fut disposé pour soulever le lambeau ; mais le phagédénisme vint tout détruire, et il y eut insuccès.

LECTURE.

M. Marjolin lit de la part de M. le docteur L. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société, le travail suivant :

Observation et réflexions sur un anévrisme artérioso-veineux faux consécutif du pli du bras suite d'une saignée malheureuse. — Ligature par la méthode d'Anel; insuccès. — Ablation du kyste; guérison.

Quoique la blessure de l'artère brachiale qui résulte de la saignée s'observe moins souvent qu'autrefois, il n'en pas moins vrai que l'ignorance ou l'inattention en fournissent encore des exemples malheureusement trop fréquents. L'observation qui suit témoigne de la gravité que peut atteindre une opération considérée généralement comme très simple, et qui a nécessité par ses accidents deux opérations sérieuses qui étaient de nature à compromettre l'existence du malade.

Obs. — Merdrignac (Louis), âgé de vingt-neuf ans, est marin. Sa constitution est forte, le système musculaire bien développé ; il est d'un tempérament sanguin-nerveux, et il n'a jamais été malade.

Plusieurs jours après une saignée pratiquée par une sœur de Saint-Vincent-de-Paul, le malade vit se développer au bras droit une tumeur dont il ne se préoccupa pas et pour laquelle il ne demanda aucun conseil. Pendant tout le temps qu'il put travailler, il resta dans une telle indifférence sur son état qu'il n'attira son attention que deux ans après l'accident, arrivé en 1844, lorsque la tumeur avait déjà la grosseur d'un œuf de poule et occasionnait quelques difficultés dans les mouvements du bras.

Le malade alla se confier aux soins d'un chirurgien ambulant qui me pria de l'aider dans l'opération de la ligature qu'il avait l'intention de pratiquer, ce qui me permit d'examiner la tumeur qui siégeait au pli du bras et qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule.

La main, légèrement appliquée à plat sur la tumeur, sent un frémissement très sensible qui a son maximum d'intensité pendant la diastole artérielle, remonte le long des vaisseaux à quelque distance du pli du bras, et disparaît aussitôt que l'artère est comprimée entre le cœur et l'anévrisme, puis s'affaisse en partie si l'on exerce une compression directe. Les veines sont médiocrement développées.

M... se plaignait de ressentir depuis quelque temps des engourdissements dans la partie interne de l'avant-bras et principalement dans le pouce et l'indicateur, engourdissements qui avaient augmenté et

qui s'accompagnaient actuellement d'une faiblesse qui l'effrayait. Cet homme m'a assuré plusieurs fois qu'il n'avait jamais ressenti de frémissements ni aucune sensation particulière dans la tumeur.

Une ligature fut jetée sur la brachiale à 9 ou 10 centimètres au-dessus de l'anévrisme, qui subit une diminution de grosseur pendant quelques jours, au dire du malade, et qui revint bientôt à son premier volume, en sorte que le blessé ne jouit pas longtemps du bénéfice de l'opération qui avait été pratiquée.

Je ne l'avais pas revu depuis le jour où il avait été opéré en ma présence, quand il se présenta à l'hôpital de Saint-Malo, le 21 décembre 1853, pour y être traité d'une tumeur énorme qui l'empêchait de travailler.

Située au niveau du pli du bras, elle envahit le tiers supérieur de l'avant-bras : elle s'incline vers la partie interne du membre, position qui devient exagérée quand le malade fléchit l'avant bras sur le bras. Une forte compression exercée sur la tumeur ne la fait pas diminuer; il en est de même quand on veut intercepter le cours du sang en comprimant l'artère humérale. On ne perçoit aucun battement, aucun frémissement ; l'auscultation ne fournit non plus aucun renseignement. Le pouls radial droit paraît un peu moins développé que celui du côté opposé. La tumeur semble avoir de profondes racines si l'on en juge par le peu de mobilité de la base, qui compte une circonférence de 34 centimètres et 11 centimètres de hauteur. Elle est un peu allongée dans son diamètre vertical. Sa consistance offre des différences suivant qu'on l'examine à sa base, qui est solide, ou à son sommet, qui est ramolli et le siége d'une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Le malade ne ressent de douleurs d'aucune espèce, et, si ce n'était la gêne qui l'empêche de travailler, il ne serait pas entré à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, il a perdu l'appétit, le sommeil; il a maigri, et la peau présente une teinte semblable à celle que l'on observe dans les maladies chroniques. Il a avoué à un de ses voisins qu'il était très effrayé des changements qui s'étaient opérés dans sa tumeur depuis près de trois mois et de l'idée d'une seconde opération.

Le 22 et le 23 décembre, la tumeur paraît augmenter de volume ; la peau rougit, s'enflamme au sommet, et du pus séreux sort en assez grande quantité par l'ulcération. Des douleurs de plus en plus vives se font sentir au point de ne plus laisser de repos au malade.

Le 24, altération profonde des traits, souffrances continuelles ; augmentation de la tumeur, à laquelle participe l'avant-bras ; ramollisse-

ment et rougeur de plus en plus prononcés, écoulement de pus à la moindre pression.

Il n'y avait plus à hésiter, il fallait opérer.

Dans cette conjoncture, je pris conseil de mon honorable collègue M. le docteur Martel, médecin en chef de l'hôpital, qui partagea mon opinion.

Tout étant préparé pour l'opération, j'y procédai de la manière suivante en présence de mes confrères MM. Martel, de Krollier et Cabaret :

Le malade soumis à l'action du chloroforme, l'artère brachiale étant ensuite exactement comprimée, je cernai toute la portion de peau malade par deux incisions en demi-lune partant de 3 centimètres environ au-dessus de la base, se terminant à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la tumeur. Alors je me livrai à une dissection assez pénible pour isoler l'anévrisme enkysté, tout en ménageant autant que possible les vaisseaux et les nerfs. La tumeur, qui avait contracté de fortes adhérences avec les aponévroses d'enveloppe, avait non-seulement comprimé principalement les muscles qui s'attachent à l'épitrochlée en leur faisant perdre leur forme et leur couleur naturelles, mais elle avait même pénétré dans leurs interstices au point d'obliger à une dissection qui, dans un langage un peu hyperbolique, pouvait ressembler à une préparation myologique.

L'opération terminée, il resta à la place de la tumeur une énorme caverne que le sang combla aussitôt que j'eus fait diminuer la compression. Des fils furent jetés sur un grand nombre de vaisseaux, au nombre desquels furent comprises les artères radiales et cubitales, qui me parurent diminuées de volume. Je croyais en avoir terminé avec les ligatures, quand j'aperçus un jet de sang rutilant extrêmement délié qui sortait d'un vaisseau à parois minces, flasques, bleuâtres, que je pris tout d'abord pour une veine : c'était l'artère brachiale modifiée, qui fut immédiatement liée. Après avoir terminé, j'explorai l'artère radiale droite au-dessus du carpe, qui me présenta des battements qui n'étaient pas si affaiblis que l'on ne pût les sentir facilement.

Etant resté deux heures à l'hôpital avant de procéder au pansement dans la crainte qu'il ne survînt quelque hémorrhagie au milieu de cette vaste plaie, je réunis ensuite le plus exactement possible au moyen de bandelettes agglutinatives disposées par *occlusion*, et terminai par le pansement ordinaire. Je plaçai le bras demi-fléchi sur un coussin un peu élevé, et je fis administrer un cordial qui était réclamé par le malade.

La tumeur, qui pèse 532 grammes, est enveloppée d'un sac épais, de consistance fibreuse et même fibro-cartilagineuse, dans une étendue de 2 à 3 centimètres carrés, excepté à la partie supérieure où existait l'ulcération. Les caillots sont disposés en couches fibrineuses, régulièrement concentriques, les plus denses se trouvant généralement en rapport avec les parois du kyste. Cependant plusieurs points de la tumeur sont ramollis, et l'un d'eux occupe la circonférence en arrière de l'ulcération. Vers la base et au centre, on remarque plusieurs petits foyers sanguins, dont quelques-uns paraissent de formation récente. Il était impossible de reconnaître quel avait été le rapport du kyste avec les vaisseaux. — Potion calmante pour la nuit.

Le 25, le malade a passé une nuit tranquille et dit n'avoir pas souffert. Les pièces d'appareil sont légèrement tachées, l'avant-bras est tuméfié. Les pulsations de la radiale droite sont plus sensibles qu'après l'opération; elles marquent 88 à la minute. Peau chaude, pas de soif. — Deux bouillons, un potage; continuer la potion.

Le 26, le pouls bat 76 fois le matin, 84 fois le soir; il a dormi d'un bon sommeil; la peau n'est pas chaude; il n'a pas de soif; il demande à manger. — Trois potages.

Le 27, 80 pulsations; bon sommeil pendant toute la nuit. L'état du malade est très satisfaisant. J'enlève les pièces d'appareil jusqu'à la cuirasse, que je nettoie, et sur laquelle j'applique de nouveaux linges à pansements. — Trois potages, œufs.

Le 28, le malade, qui avait été triste, préoccupé jusqu'à présent, prend confiance en voyant l'appétit, le sommeil revenir, et son caractère devient plus gai, plus expansif.

Le 29, les bandelettes, étant enlevées, laissent voir une plaie d'un bon aspect et dont les lèvres sont écartées de 1 centimètre environ.— Nouveau pansement par occlusion.

Le 2 janvier, le malade est heureux de sa position, qui est excellente. Je renouvelle le pansement, pendant lequel toutes les ligatures tombent. La plaie est vermeille, les granulations offrent un bon aspect; la suppuration est peu abondante et de bonne nature.

Il serait inutile de suivre le malade par toutes les phases de la cicatrisation de la plaie, qui était complétement fermée six semaines après l'opération.

Il me suffira de dire que le même pansement a été appliqué jusqu'à guérison.

Voici actuellement dans quel état il se trouve le 10 mars : la cicatrice est légèrement froncée, sans dépression bien marquée. Les batte-

ments de la radiale droite sont aussi forts que ceux du côté opposé; le bras est bien développé, les mouvements sont faciles, mais ceux d'extension sont un peu limités, à cause de la cicatrice qui, tiraillée, occasionne de la douleur, et produirait une rupture si le malade forçait (ce qui est déjà arrivé). Il n'y a point d'engourdissement, de perte de la sensibilité, ni de diminution dans les mouvements partiels. La main serre vigoureusement. Finalement, le bras n'a nullement perdu de sa force. Cet homme pourra donc reprendre sa profession pénible de marin, qu'il avait momentanément abandonnée pour se faire traiter.

Maintenant je vais essayer, dans quelques courtes réflexions, de faire ressortir les points principaux de mon observation. Et d'abord, quelle était la nature de l'anévrisme dont il m'a été donné d'étudier les symptômes? Il est généralement admis que le frémissement particulier que l'on observe dans les tumeurs anévrismales est un signe pathognomonique de l'anévrisme artérioso-veineux, surtout quand il se réunit à des renseignements qui mettent sur la voie d'une blessure des vaisseaux veineux et artériels. Cependant cette signification a été contestée par un chirurgien éminent, qui a pensé que la doctrine des anévrismes telle qu'elle est enseignée aujourd'hui avait besoin d'une révision sévère. Il ne croit pas que ce bruissement, ce frémissement particulier que l'on sent à la main et que l'on entend avec le secours du stéthoscope, appartienne davantage à l'anévrisme artérioso-veineux qu'à l'anévrisme faux consécutif. Ainsi, M. le professeur Malgaigne contesterait-il avec raison la justesse de diagnostic d'une observation présentée comme un cas d'anévrisme artérioso-veineux, et qui offrait les trois phénomènes suivants : 1° des pulsations isochrones aux battements du cœur; 2° un frémissement également perceptible au doigt et à l'oreille, frémissement qui ne se fait sentir que dans une très petite étendue au-dessous du point où a été pratiquée la saignée, mais se prolonge au-dessus de ce point de 9 à 10 centimètres; 3° enfin un bruit de souffle bien distinct du frémissement : bruit de souffle continu avec renforcement isochrone à la pulsation artérielle. (Nélaton, *Gazette des Hôpitaux*, 1846.)

Quand on connaît la rigoureuse exactitude avec laquelle observe M. Malgaigne, il est bien permis de douter, de ce doute philosophique qui n'est pas suffisamment éclairé et qui ne demande qu'à l'être. Quoi qu'il en soit des efforts de mon très savant confrère, qui ont été si souvent couronnés de succès, et auxquels on ne saurait trop applaudir, je persiste à croire que la brachiale a été liée pour un anévrisme ar-

térioso-veineux, et l'insuccès de l'opération viendrait encore donner une nouvelle force à cette opinion.

On conseille, surtout au moment ou dans un temps voisin de l'accident, la compression méthodique avec des compresses, une pièce de monnaie ou des disques d'agaric, et les chirurgiens les plus distingués paraissent lui devoir des succès incontestables. Mais il n'est pas toujours possible d'établir un semblable appareil sans voir survenir des symptômes graves, et même la gangrène; tandis que la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, conseillée depuis longtemps par M. le professeur Malgaigne, mise en pratique avec un nouveau succès il y a un ou deux ans par M. A. Thierry, semblerait promettre des résultats heureux, sans exposer aux mêmes accidents que la compression du bras. Ce serait donc un des premiers moyens que je mettrais en usage si j'avais à traiter un anévrisme traumatique du pli du bras, me réservant, bien entendu, de varier les appareils de compression en cas d'insuccès.

Dans un remarquable travail lu à la Société de chirurgie, M. le professeur Roux établit qu'il faut agir dans les cas d'anévrisme artérioso-veineux comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente. Il faut, dit le célèbre chirurgien, lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Tous les chirurgiens connaissent les effets désavantageux de l'application de la méthode d'Anel aux anévrismes artérioso-veineux, ou pour le moins leur insuffisance, puisqu'ils tendent à s'accroître, et mettent le plus souvent le malade dans la nécessité de subir une nouvelle opération, qui ne le cède en rien pour la gravité à la première, comme je l'ai noté dans l'observation de Merdrignac. L'opérateur, malgré les réflexions qui lui furent adressées, crut que la méthode qu'il allait mettre en usage avait sa raison d'être dans la possibilité de la coagulation du sang dans la poche; mais il avait compté sans la circulation veineuse qui, apportant le sang à la varice, l'engage nécessairement dans l'ouverture de communication entre les deux vaisseaux, ou bien sans le mouvement ascensionnel du sang artériel favorisé par les nombreuses anastomoses, ces innombrables ressources de la nature dans la cure de l'anévrisme, si bien étudiées par les chirurgiens modernes depuis les travaux de Hunter.

La ligature, pratiquée dans le courant du mois d'août 1846, n'eut donc aucune influence sur la marche de l'anévrisme, qui avait repris sa forme primitive et ses battements expansifs avant que la plaie fût complétement cicatrisée. Comme le malade ne s'était fait opérer que

pour obéir aux injonctions de son père, qui désirait profiter de l'occasion qui se présentait de pouvoir confier son fils à l'habileté d'un chirurgien ambulant, il se hâta d'assurer ses parents du mieux qu'il éprouvait, et se mit à reprendre le cours de ses voyages sur mer.

Que s'était-il passé depuis sept ans, pendant lesquels le malade n'avait cessé de se livrer à tous les rudes travaux de la navigation sans prendre la moindre précaution? L'anévrisme artérioso-veineux, qui avait pu être simple à son début, et qui ne s'était pas bien sensiblement modifié lors de la première opération, quoique la compression exercée sur la tumeur ne pût la réduire qu'incomplétement, s'était modifié avec le temps et sous l'influence des efforts puissants auxquels les marins se livrent chaque jour. Le sang, au lieu de passer de l'un des vaisseaux dans l'autre, ne se serait-il pas épanché dans le tissu cellulaire en rompant les moyens d'union qui reliaient l'artère à la veine? Ou bien la digue opposée au sang contenu dans ce vaisseau par l'épanchement de lymphe plastique qui avait réuni les lèvres de la petite plaie faite en arrière de l'artère, se serait-elle rompue? Enfin, une troisième supposition ne pourrait-elle pas être faite : celle où le sang sortirait par l'ouverture qui surmonte la veine? Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses que l'opération ne m'a pas permis de résoudre, le sang, en s'épanchant dans le tissu cellulaire, s'est formé une enveloppe en refoulant les tissus environnants à la manière des kystes dits consécutifs. C'est cette tumeur qui, augmentée par ses épanchements successifs, avait envahi toute la région antérieure et interne de la partie inférieure du bras, de la partie supérieure de l'avant-bras, et avait fini par rendre très difficiles les mouvements du membre.

Une circonstance qu'il n'est pas inutile de signaler, c'est l'augmentation rapide de la tumeur observée par le malade pendant les deux ou trois derniers mois, probablement sous l'influence du travail qui se faisait pour amener la rupture du kyste, qui présentait une solution de continuité derrière l'ulcération qui siégeait à la partie supérieure de l'anévrisme.

Je crus qu'il était de mon devoir, dans une circonstance aussi grave, de recourir aux lumières d'un chirurgien qui pût m'offrir les secours de son expérience et de son talent. Je m'adressai, en conséquence, à mon savant confrère M. Larrey, qui voulut bien me faire une réponse avec cette extrême obligeance qui ne s'est pas démentie dans plusieurs circonstances où j'ai été à même de l'éprouver. Malheureusement les événements, qui avaient marché plus vite que je ne l'aurais désiré, me forcèrent à prendre un parti en compagnie de mes honorables collègues

de Saint-Malo. J'ai décrit, dans mon observation, les difficultés qui se présentèrent sous mon bistouri en voulant éviter la section des vaisseaux et des nerfs, en allant disséquer et enlever la tumeur située profondément au milieu des muscles de l'avant-bras : je n'y reviendrai pas. Mais je ne fus pas peu surpris de voir l'artère brachiale donnant du sang, et transformée pour ainsi dire en veine. J'eus besoin de rappeler mes souvenirs pour voir cesser mon étonnement. Ce fait, qui avait déjà été signalé par Hunter, a été vu depuis par bien des observateurs.

Quant à la perméabilité que j'ai observée sur une artère qui avait été liée, elle a été également l'objet de l'attention des chirurgiens, et M. Jobert, dans la séance de la Société de chirurgie du 4 janvier 1854, a rappelé l'observation de plusieurs malades qui portaient des anévrismes traumatiques chez lesquels la circulation s'était rétablie quoique le vaisseau eût été lié. Cet habile chirurgien a tiré de ces faits des conséquences qui me paraissent justes, et qui donneraient raison à l'opinion de J.-L. Petit, qui n'admettait pas que la guérison fût obtenue par l'oblitération du vaisseau, sur celle de Scarpa.

Ne pouvant pas réunir avec des points de suture, à cause de l'écartement trop considérable des bords de la plaie, et cependant voulant les rapprocher le plus possible, je dus recourir aux bandelettes agglutinatives, que je disposai en cuirasse, comme je le fais depuis longtemps. Je vois en effet tous les jours, avec le secours de ce pansement, que M. Chassaignac a recommandé avec raison, les plaies marcher vers une cicatrisation souvent si rapide, que c'est le pansement généralement admis dans le service que je dirige à l'hôpital. Il a eu pour avantage, dans le cas particulier de Merdrignac, où il a été appliqué, d'avoir soustrait le membre malade aux mouvements inséparables des pansements journaliers, qui sont toujours accompagnés d'une douleur plus ou moins forte, et d'avoir favorisé la prompte guérison de la plaie.

Si j'ai fixé à six semaines le temps de la cicatrisation complète, c'est qu'une petite ulcération, suite d'une déchirure de la cicatrice, avait retardé la guérison. Il n'en est pas moins vrai que je n'ai eu qu'à me louer du bon résultat que j'ai obtenu par ce mode de pansement, qui a certainement abrégé la durée du traitement.

Les craintes que j'aurais pu concevoir pour ce résultat de l'opération ne se sont pas justifiées, et Merdrignac sortira prochainement de l'hôpital, ne conservant que le souvenir de ce qui s'est passé.

Si je me suis empressé de donner de la publicité à cette observation, c'est d'abord parce qu'elle m'a paru offrir quelque intérêt, et ensuite parce que la bonne fortune de rencontrer des anévrismes trau-

matiques ne se présente pas souvent dans les hôpitaux des petites villes de province ; j'ai donc cru pouvoir, le malade étant guéri, présenter l'observation et les réflexions qui l'accompagnent à la Société de chirurgie de Paris.

DISCUSSION SUR CE TRAVAIL.

M. Giraldès croit pouvoir contester le diagnostic de M. Chapel, et il le fait en s'appuyant sur la description de la pièce anatomique et sur la symptomatologie. La pièce montre, en effet, une tumeur à couches fibrineuses concentriques; mais ce n'est point ce qu'on voit dans les anévrismes artérioso-veineux. Ce qui donne un cachet spécial à ces tumeurs, c'est la communication de l'artère avec la veine; or on ne l'a point trouvée dans ce cas.

La symptomatologie ne vient pas mieux confirmer le diagnostic. Ces anévrismes artérioso-veineux ont des caractères si spéciaux, qu'on ne peut les confondre avec ceux d'un autre anévrisme. D'ailleurs, la tumeur était assez volumineuse pour qu'on eût dû avoir des symptômes exagérés.

L'on ne peut pas davantage soutenir qu'il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux, parce qu'après la ligature de l'artère humérale l'on aurait observé une circulation récurrente.

M. Cloquet ne croit pas qu'il s'agisse ici d'un anévrisme artérioso-veineux. En effet, il est très rare que dans ces tumeurs il se forme des caillots, et l'on y observe des battements en même temps qu'une dilatation des veines superficielles et un bruissement dans les gros troncs veineux, qui ne permettent guère de faire erreur.

L'auteur parle ici de l'opération d'Anel; mais M. Cloquet ne pense pas qu'on doive l'appliquer dans des cas semblables. Il rappelle à ce propos un fait qu'il a déjà publié il y a vingt-cinq ans. Un jeune homme reçut un coup de couteau dans le pli du bras, et à la suite de cette blessure survint un anévrisme artérioso-veineux. L'on pratiqua la ligature de l'artère humérale. Peu à peu le membre se refroidit et une gangrène sèche l'envahit. L'on amputa le bras. L'autopsie du membre fit voir une dilatation énorme des artères et des veines. La ligature avait aussi développé les collatérales d'une façon remarquable.

M. Marjolin pense que, malgré quelques lacunes, cette observation ne manque pas d'intérêt. Peut-être, ajoute-t-il, qu'une inflammation du sac a changé les caractères de l'anévrisme.

— A l'occasion du fait rapporté par M. Chapel, et sans vouloir rien préjuger de la nature de la tumeur, dont le caractère vasculaire était

néanmoins de toute évidence, M. Sédillot raconte une observation récente qui prouve la facilité avec laquelle on peut se rendre maître du sang dans des cas de tumeurs artérielles, pourvu qu'elles ne soient pas d'un trop grand volume et qu'elles offrent un point d'appui pour la compression. Une dame portait sur le front une tumeur de la grosseur d'une noisette, alimentée par sept ou huit artères volumineuses partant de la temporale et de la sus-orbitaire, et se rendant à la tumeur, où elles s'entrelaçaient d'une manière très apparente et battaient avec un mouvement de dilatation et de soulèvement très prononcé.

Des céphalalgies fréquentes aggravaient cet état, et le mal faisait des progrès. Fallait-il recourir aux injections de perchlorure, lier les artères, se servir de la pâte de Canquoin? Le médecin de la malade, M. le docteur Artung, proposa une incision cruciale et l'hémostasie par des boulettes de charpie trempées dans du perchlorure. Ce procédé fut adopté, et il réussit. Le sang, qui avait jailli à flots, fut arrêté; la charpie, réduide en pâte par le perchlorure, produisit une croûte noirâtre qui tomba au bout de quatre à cinq semaines, et une cicatrice régulière et peu apparente se fit ensuite rapidement. Les artères affluentes disparurent, ainsi que les migraines, et la guérison est restée parfaite.

RAPPORT.

M. le docteur Voillemier lit, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Houel et lui, le rapport suivant :

Messieurs, M. Apostolidès vous a lu un travail portant le titre de *Nouvelle méthode pour la ligature des artères;* en même temps il vous a présenté plusieurs instruments qu'il a imaginés pour pratiquer cette ligature. Disons tout d'abord qu'il ne s'agit pas d'une méthode nouvelle, mais tout au plus d'un procédé nouveau. Comme tout le monde, l'auteur lie les artères en les saisissant avec une pince et en les étreignant avec un fil. Comme tous les chirurgiens qui, frappés de la difficulté de lier certains vaisseaux, ont inventé des porte-nœuds destinés à conduire la ligature là où les doigts ne pouvaient la guider, l'auteur a imaginé une pince armée d'une tige saillante destinée à porter une anse de fil autour de l'artère que ses mors ont saisie. Jusque-là rien de bien nouveau. Mais, dans la forme de l'instrument et du nœud, dans la manière de porter le fil et de le serrer sur l'artère, M. Apostolidès a apporté des modifications très ingénieuses qui constituent un procédé véritablement nouveau. Le voici en quelques mots:

Avec un fil ordinaire peu ciré, on fait d'abord un premier nœud,

qui doit être serré de manière à former une boucle d'environ 2 centimètres de diamètre. On fait ensuite un second nœud; mais au lieu de le serrer fortement sur le premier, il faut abandonner un des chefs et tirer sur l'autre tandis que deux doigts, placés près des nœuds, leur offrent un point d'arrêt. De cette façon les deux nœuds, qui sembleraient devoir se comporter à la manière d'un nœud double ordinaire, se transforment en un véritable nœud coulant. Le cercle formé par l'anse de fil diminuera à mesure que l'on tirera plus fortement sur le chef qui a été conservé. Quant à l'instrument qui sert à porter la ligature, c'est une pince ordinaire; sur le dos d'une des branches est creusée une gouttière dans laquelle glisse un curseur dont l'extrémité peut dépasser le bout de la pince de près d'un centimètre. Cette extrémité du curseur est formée de deux petites lames verticales, contournées en onglet, laissant entre elles un espace suffisant pour le passage d'un fil, mais insuffisant pour le passage d'un nœud.

Pour lier une artère, on commence par faire le nœud double que j'ai décrit; dans ce nœud on passe l'extrémité de la pince en même temps que l'on rabat entre les deux petites lames du curseur le chef de fil, le seul qui reste et qui doit servir à serrer le nœud coulant. Tout étant ainsi préparé, le chirurgien saisit l'artère avec les mors de la pince, puis avec le pouce il chasse en avant le curseur qui porte le nœud coulant autour du vaisseau ; cela fait, de l'autre main il tire sur le chef de fil qui a été conservé et serre avec force le nœud coulant.

Si nous examinons en lui-même le travail de M. Apostolidès, nous n'avons que des éloges à lui donner. L'instrument dont il se sert est des plus simples; c'est une pince ordinaire et qui peut, au besoin, en remplir tous les usages. Son extrémité est mince, effilée, et lors même qu'elle est surmontée du curseur, elle a assez peu de volume pour qu'il soit encore facile d'aller saisir une artère dans une plaie anfractueuse et profonde. Le nœud qu'il emploie est surtout ingénieux. Sans qu'on s'explique parfaitement la manière dont le fil se comporte, il n'en est pas moins vrai qu'à l'aide de la petite modification que nous avons signalée le double nœud se trouve transformé en nœud coulant. Alors vous n'avez plus la double difficulté d'aller porter successivement deux nœuds sur un vaisseau; vous n'avez point à craindre de voir le premier nœud se desserrer pendant que vous préparez le second. En un instant, par la seule traction d'un fil, vous serrez sur l'artère un double nœud, et cela sans aucun aide, sans avoir besoin de porter les doigts dans la plaie, mais en agissant à distance, ce qui permet de bien voir ce que l'on fait.

La première objection qui a été faite à ce mode de ligature est celle-ci : Si un nœud coulant se serre facilement, disait-on, il pourra aussi facilement se desserrer : la ligature ne résistera pas à l'effort incessant de la colonne sanguine, et il se produira des hémorrhagies. Sans examiner les raisonnements qui ont été faits pour ou contre cette manière de voir, l'expérimentation directe était un moyen de contrôle si simple que j'ai préféré y recourir. Ayant lié des artères de divers calibres avec l'instrument de M. Apostolidès, j'ai injecté de l'eau avec beaucoup de force dans leur cavité, et j'ai constaté que la ligature faite avec le nœud coulant se comportait comme la ligature ordinaire. On pouvait craindre aussi que ce nœud n'étreignît pas l'artère avec assez de force pour diviser les deux tuniques internes. Quelques expériences pratiquées sur le cadavre m'ont démontré que cette crainte n'était pas fondée ; en choisissant du fil assez solide et en tirant sur le chef de fil avec assez de force, on divise complétement les deux tuniques internes et dans tous les points de la circonférence de l'artère. Mais j'ajouterai encore que dans les cas où l'instrument de M. Apostolidès me semble le plus convenir, c'est-à-dire quand il s'agit de petites artères, la section des membranes internes n'est pas indispensable pour arrêter l'hémorrhagie et amener l'oblitération du vaisseau.

Après avoir fait une juste part d'éloges au travail de M. Apostolidès, nous ne devons pas en exagérer l'importance. Son instrument est certainement très ingénieux, mais il ne saurait remplacer le mode de ligature généralement employé. Comme tous les instruments de ce genre, il exige de la part de celui qui s'en sert une très grande habitude ; malgré sa simplicité, il demande encore de la part de l'opérateur des précautions assez grandes. Ainsi, le fil ne devra pas être trop gros ni trop ciré, car il ne pourrait facilement glisser dans la rainure du curseur ; il faudra qu'il ait une certaine force pour ne pas se briser quand on tirera dessus pour serrer le nœud coulant ; il devra aussi ne pas être trop fin, car alors le double nœud venant à s'engager dans la rainure du curseur, la ligature ne pourrait être pratiquée. Sans doute il est facile de prendre toutes ces précautions et de s'exercer au maniement de la pince de M. Apostolidès, mais il est encore plus facile d'employer le mode de ligature si simple et si sûre que nous pratiquons chaque jour. C'est ainsi qu'on s'explique pourquoi tous les instruments de ce genre sont tombés dans un oubli presque complet.

Mais il est des cas où il est extrêmement difficile de pratiquer la ligature ordinaire : c'est quand il s'agit d'une plaie profonde, étroite, anfractueuse, à rebords osseux. Ici encore la chirurgie est loin d'être

désarmée. Le plus souvent une compression bien faite, les astringents, les caustiques, le feu pourront arrêter l'écoulement du sang. Mais tous ces moyens sont loin d'être sûrs; quelques-uns même ne sont pas sans inconvénients, et nous pensons que M. Apostolidès a fait une chose utile en inventant un nouveau mode de ligature qui, nous en sommes certains, trouvera plus d'une fois son application.

Votre commission, messieurs, vous propose de remercier M. Apostolidès, de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

— La Société adopte les conclusions de ce rapport, et la séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 13 septembre 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente à la Société un malade atteint d'un goître volumineux et qu'il traite par l'application de sétons passés à travers la tumeur. Ce goître paraît avoir commencé, il y a six ans, à la suite de vomissements provoqués par quelque émétique administré au début d'une fièvre intermittente. Il se développa d'abord une tumeur au bas du cou, à droite, en dehors de la ligne médiane; puis il survint du même côté, au-dessous de l'angle de la mâchoire, un engorgement ganglionaire, et enfin, trois mois après, une troisième tumeur située à gauche de la ligne médiane et indolente comme la première. Ces tumeurs s'accrurent lentement jusqu'à atteindre aujourd'hui, celle de gauche, le volume d'un très gros œuf de dinde, celles de droite réunies le volume d'une noix de coco de moyenne dimension. Ce malade fut d'abord soumis sans succès à un traitement iodé M. Huguier se décida ensuite à traverser chaque tumeur isolément par un séton. Un érysipèle, qui occupa le cou et la face antérieure du tronc, se développa après l'application des sétons et céda promptement aux révulsifs et aux antiphlogistiques. Quarante jours après l'application des premiers sétons, M. Huguier en passa un troisième plus gros que les précédents d'un côté à l'autre des deux tumeurs. Un nouvel érysipèle se déclara et fut combattu par quelques révulsifs.

Depuis lors les tumeurs diminuent graduellement, mais d'une manière assez sensible pour qu'on s'en aperçoive chaque jour. C'est dans cet état de rétrogression des tumeurs que ce malade est aujourd'hui présenté à la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Liégard (de Caen) adresse un *Mémoire sur la chloroformisation dans les accouchements.* (Renvoi à M. Laborie.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Boeck, un mémoire imprimé sur la *syphilisation*. Ce travail, où l'auteur établit : 1° que par des inoculations répétées de pus virulent l'organisme devient réfractaire au virus syphilitique; 2° que la syphilis constitutionnelle guérit par les inoculations réitérées, sera l'objet d'un examen ultérieur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant présente des pièces anatomo-pathologiques prises sur une petite fille de treize ans qui a succombé à la suite de tumeurs cancéreuses multiples.

Nous publierons dans un des prochains comptes rendus tous les détails de ce fait.

COMMUNICATIONS VERBALES.

M. Chassaignac fait part à la Société d'un fait d'anévrisme spontané de la grande musculaire de la cuisse, fait qu'il a observé avec M. le docteur Letenneur (de Nantes).

Cet anévrisme s'est développé, sans cause connue, sur un jeune homme de vingt-huit ans, et formait une tumeur pulsatile, mobile et pouvant se déplacer avec facilité. M. Letenneur pratiqua au-dessus de l'anévrisme la ligature de l'artère dilatée. Pendant un mois, le malade parut guéri; mais au bout de ce temps, il se manifesta de nouveau quelques battements dans la tumeur. On pouvait suivre un cordon artériel, pulsatile, qui s'étendait de l'artère fémorale jusqu'à cet anévrisme, et celui-ci était le siége d'un léger bruit de râpe. M. Chassaignac a conseillé à M. Letenneur de lier l'artère fémorale au-dessous du ligament de Fallope, au-dessus de l'origine de la profonde.

M. Broca est moins étonné que M. Chassaignac de la récidive qui a eu lieu dans ce cas; car, sans rechercher avec intention des exemples de récidive d'anévrismes à la suite de la ligature des artères, il en a trouvé 20 cas. Il pense donc que cette récidive est fréquente, et il est même porté à croire qu'elle est plus commune après la ligature qu'après la compression.

Revenant au fait dont a parlé M. Chassaignac, M. Broca ajoute que, selon lui, la compression de la fémorale sur le pubis peut guérir en trois jours un semblable anévrisme, après l'opération qu'il a déjà subie. M. Hosack vit un anévrisme poplité récidiver après la ligature de la fémorale dans le triangle inguinal. La compression méthodiquement appliquée réussit à guérir cet anévrisme en trois jours. L'on sait que Roux conseillait d'opérer par l'ouverture du sac les anévrismes qui récidivaient après la ligature.

M. Giraldès ne vient pas contester la possibilité de guérir cet anévrisme en trois jours par la compression ; mais il demande à M. Broca sur quoi il fonde cette espérance. Sans vouloir en rien infirmer l'action puissante de la compression, il rappelle plusieurs faits où cette méthode a nécessité plus tard la ligature.

M. Broca connaît les faits auxquels M. Giraldès vient de faire allusion en dernier lieu ; mais après avoir recueilli 163 cas d'anévrismes traités par la compression depuis 1843, il trouve que la compression *bien faite* échoue rarement.

Sur ce nombre, il y a 12 cas où on a abandonné la compression très rapidement, sous prétexte qu'elle était intolérable ; mais elle avait été appliquée le plus souvent d'une manière très vicieuse, et dans aucun cas on n'avait fait tout ce qu'on aurait pu faire pour la rendre supportable. Restent 151 cas où la compression a été appliquée avec assez de persévérance pour qu'on ait pu en étudier l'effet.

Il faut encore en retrancher 24 cas où la compression a échoué, parce qu'elle a été appliquée d'une manière inexacte ou inopportune. Ces faits sont instructifs à plus d'un titre, mais ils n'ont aucune valeur pour celui qui cherche à apprécier le degré d'efficacité de la compression.

Après cette double élimination, le nombre des faits probants se réduit à 127. Les résultats que la compression a fournis dans ces 127 cas donnent une idée approximative de ceux qu'elle est appelée à fournir à l'avenir, lorsque tous les chirurgiens seront familiarisés avec elle et l'appliqueront convenablement.

Sur ces 127 cas, la compression a été *efficace* 116 fois, c'est-à-dire dans la proportion de plus de 91 p. 100.

La mortalité, dans ces 127 cas, ne s'est pas élevée à 5 p. 100. Il n'y a eu, en effet, que 6 morts imputables au traitement. Quatre ont été consécutives à la compression seule, et deux à la ligature ultérieure.

Sur ces 127 anévrismes, 10 ont été guéris en vingt-quatre heures et 47 autres en quatre jours ; plus de la moitié des guérisons a eu lieu

avant le quatorzième jour. La guérison est surtout rapide lorsque les anévrismes contiennent déjà quelques caillots fibrineux. M. Broca connaît plusieurs cas d'anévrismes récidivés après la compression ; un semblable traitement amena la guérison en trois jours. L'anévrisme qu'a traité M. Letenneur est sans doute dans ces conditions, car les battements y sont faibles et il y existe des caillots en notable quantité par suite de la ligature qui a déjà été pratiquée. C'est ce qui permet à M. Broca d'espérer que trois jours environ de compression bien faite suffiraient pour guérir cet anévrisme.

M. Gosselin croit qu'il y a dans l'examen de la récidive des anévrismes une première question à poser : Lorsque ces récidives ont lieu au bout de plusieurs mois, la tumeur est-elle en général suivie des mêmes accidents que la première fois ? a-t-elle la même tendance à se perforer? M. Gosselin est disposé à répondre à cette question par la négative. Il a vu dans le service de Roux un anévrisme poplité récidivé ; mais la tumeur faisait peu de progrès. Il demande à M. Broca s'il a constaté des accidents dans ces anévrismes secondaires.

M. Broca est disposé à partager l'opinion exprimée par M. Gosselin ; mais la plupart des anévrismes récidivés dont il a recueilli l'histoire ont été traités et non abandonnés à eux-mêmes. Il en rappelle trois cas qui appartiennent à Cutler, à Poland et à un anonyme. Dans ces trois cas, les anévrismes traités par la compression durcissaient ; mais il restait un frémissement assez léger pour qu'on pût croire à un ébranlement communiqué à l'anévrisme par l'artère sous-jacente. Dans un de ces cas, le malade resta guéri dix mois ; mais s'étant forcé le genou, il éprouva un craquement, et l'anévrisme reparut. Cette tumeur récidivée fut guérie en trois jours par la compression.

Chez deux autres malades, l'affection resta stationnaire jusqu'à la mort. Ces anévrismes, déjà traités par la compression, étaient ratatinés et du volume d'une noix. Les deux malades ont vécu, l'un seize mois, l'autre quatre ans, et ils ont succombé à des anévrismes internes. L'artère poplitée était perméable ; une épaisse couche de fibrine remplissait l'anévrisme et ne laissait qu'une petite cavité.

En résumé, l'on voit que ces récidives n'ont pas la même gravité que les anévrismes au début, et l'on peut avec succès leur opposer la compression, car la fibrine appelle la fibrine.

M. Chassaignac distingue de la récidive le retour des battements dans la tumeur ; ce sont là deux choses différentes. Ainsi, dans des ligatures de la carotide pour des anévrismes, on voit les battements reparaître même lorsque la guérison doit arriver. Il faut ensuite remarquer

que dans le cas de M. Letenneur la compression devrait être faite seulement sur le pubis, car l'espace manque pour la porter ailleurs et essayer une compression alternative.

M. Gosselin insiste sur la remarque qu'il a déjà faite pour prémunir les chirurgiens contre la pensée d'agir trop vite ou trop énergiquement à l'endroit de ces anévrismes récidivés.

M. Giraldès ne voit point dans la courte distance qui sépare l'anévrisme du tronc de la fémorale d'impossibilité à une application des compresseurs, dont on peut varier à l'infini le volume et la forme.

M. Broca. Le traitement par la compression n'exige pas nécessairement l'application de deux pelotes compressives. Ces deux pelotes sont utiles pour éviter au malade de la douleur, mais on peut réussir avec une seule pelote. D'ailleurs, l'on peut avoir recours à une compression intermittente. Sur 163 cas d'anévrismes traités par la compression, il y a 21 cas de compression intermittente, et l'on ne compte que 2 insuccès. Si l'on se rend bien compte du mécanisme de la guérison par la compression, l'on s'en étonnera moins. Cette guérison s'obtient par un dépôt lent et successif des couches fibrineuses, et non point par la formation de caillots ordinaires. Il rappelle un fait où cette compression intermittente fut suivie du plus heureux résultat. Un malade souffrait d'un anévrisme très douloureux qui ne lui laissait quelque repos qu'en comprimant de temps en temps l'artère avec le doigt. Sous l'influence de cette compression intermittente l'anévrisme fut guéri vers le sixième jour. Il ne faut donc point s'exagérer les difficultés de la compression, car il suffit de diminuer de moitié ou d'un quart le courant sanguin pour obtenir la guérison.

M. Chassaignac objecte encore à l'emploi de la compression le siége de l'artère malade, qui repose sur des muscles et non sur un plan résistant.

M. Broca répond à M. Chassaignac que l'on n'a pas besoin, pour la guérison, d'obtenir l'oblitération de l'artère. Dans 13 cas, où l'on a pu disséquer l'anévrisme guéri après la compression, l'artère n'était point oblitérée. D'autre part, quel que soit le siége de l'anévrisme, la compression doit porter d'abord sur le pubis, et le cas de M. Letenneur ne fait point exception à cette règle.

M. Giraldès rappelle que la compression intermittente a été indiquée dans le travail qu'il a publié dans le journal de M. Malgaigne. Il l'a vu aussi employer à Londres, dans le service de M. Hawkins, à l'aide d'un poids.

M. Huguier croit qu'il ne faut pas attacher une si grande confiance

à l'emploi de la compression, et il cite à ce propos un fait qu'il a observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. Il y a un mois et demi, un homme entra à l'hôpital pour un anévrisme de l'artère crurale; on essaya la compression permanente, puis intermittente, mais sans résultats heureux, car le malade est sorti de l'hôpital sans amélioration et parce que la compression était intolérable.

M. Broca regrette beaucoup que M. Robert ne soit pas présent à la séance pour rectifier quelques détails du fait auquel M. Huguier vient de faire allusion. Chez ce malade, l'anévrisme siégeait un peu au-dessus de la partie moyenne de l'artère crurale; il avait le volume d'un œuf de dinde, et au-dessus de lui on sentait une dilatation du vaisseau de la grosseur d'une noisette. Cet anévrisme enfin siégeait assez haut pour que M. Robert pût songer à lier l'artère iliaque externe.

M. Huguier a été induit en erreur sur la cause de la sortie du malade de l'hôpital. Cet homme a eu peur du choléra, et a quitté les salles. Voici d'ailleurs ce qui s'était passé. Quinze jours avant d'appliquer la compression, M. Robert avait placé de la glace sur cette tumeur, et déjà elle avait diminué de volume. Puis on en vint à la compression; on appliqua une pelote sur le pubis, et une autre un peu au-dessous. Cet homme a quitté l'hôpital au bout de huit jours de traitement, et déjà sa tumeur était dure et non réductible. Il ne s'est jamais plaint de la compression. M. Broca, comparant ce fait à d'autres analogues, ne serait point étonné d'apprendre que ce malade est aujourd'hui guéri.

M. Gerdy s'élève contre l'opinion de ceux qui veulent attribuer à la finesse du pas de vis et à l'étroitesse des pelotes des compresseurs les succès qu'il est, selon lui, plus rationnel de rapporter à la compression intermittente.

M. Giraldès insiste sur l'utilité de ces conditions instrumentales. Les pelotes étroites ne compriment que les artères, et les vis micrométriques, analogues à celles dont on se sert dans les instruments de précision, permettent de comprimer d'une façon plus régulière.

M. Larrey rappelle que M. le docteur Boeck (de Christiania) partage complétement les espérances que M. Broca fonde sur l'avenir de la compression. Le professeur de Christiania croit que cette méthode thérapeutique détrônera la ligature.

M. Huguier, revenant au fait de M. Letenneur, ne croit point que la compression puisse réussir là où la ligature a échoué. Il propose l'extirpation de la tumeur.

M. Follin fait remarquer que le mode de guérison n'est point le

même dans les deux cas; que dans la compression l'artère n'est point oblitérée comme dans la ligature, et que l'occlusion de la cavité anévrismale ne se fait point par le même mécanisme. On ne saurait donc soutenir que la compression doit échouer là où la ligature n'a pas réussi. Il pense, à l'inverse de M. Huguier, que la compression a de grandes chances de succès là où la ligature a été insuffisante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 20 septembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Denonvilliers présente à la Société un malade dont il a été question dans une des précédentes séances, et auquel il a redressé l'angle palpébral externe du côté droit abaissé par une cicatrice. Deux incisions parallèles aux bords supérieur et inférieur de la paupière ont permis de détacher cet angle externe, tout en ménageant la conjonctive. Un second lambeau triangulaire a été taillé au-dessus du précédent, et l'on a pu opérer facilement l'échange de ces deux lambeaux. Aujourd'hui, l'on peut constater le redressement des paupières et l'occlusion facile de l'œil.

— M. A. Richard montre un jeune homme atteint d'un polype nasopharyngien, qu'il se propose d'opérer par le procédé de M. Nélaton.

A ce sujet, une discussion s'élève entre plusieurs membres de la Société.

M. Guersant rappelle qu'il a presque toujours vu la récidive avoir lieu après l'enlèvement de ces polypes, et que dans un cas il put facilement en extirper un après avoir enlevé le maxillaire supérieur, en respectant la base de l'orbite.

M. Gosselin pense que les récidives ne seraient pas si fréquentes si, dans l'opération primitive, on pouvait bien couper le pédicule en rasant l'os. Il n'est pas d'avis que les cautérisations soient aussi nécessaires qu'on l'a dit. Pour arriver à une destruction immédiate et complète du pédicule, besoin est d'une ouverture assez grande, qu'on ne trouve point dans le procédé de M. Nélaton. Il voit un grave inconvé-

nient dans la nécessité des cautérisations répétées pendant huit à dix mois.

M. Robert. Il y a dans l'appréciation des diverses méthodes opératoires qu'on oppose aux polypes naso-pharyngiens une question anatomique à résoudre d'abord. Il s'agit de bien préciser le siége de ces polypes, car, suivant l'endroit d'où ils naissent, ils ont une tendance à se prolonger d'un côté ou de l'autre. Les polypes naso-pharyngiens situés sur la ligne médiane tendent à se prolonger dans le pharynx; ils naissent du tissu fibreux de la base du crâne. Il y a une autre espèce de polype qui se développe plus en arrière et en dehors que les précédents. Elle envoie des prolongements dans les narines et dans la fosse zygomatique, de telle sorte qu'on lui trouve trois prolongements : l'un pharyngien, l'autre nasal, le troisième zygomatique. Ces derniers polypes viennent faire saillie sous la joue. Si l'on doit opérer un polype de la première variété, l'on peut se servir du procédé de Manne ou de M. Nélaton. Si c'est au contraire l'autre variété, le procédé de M. Nélaton n'est plus convenable, et il importe alors d'agir autrement.

M. Robert pense qu'on n'a point encore de données précises sur la conduite à tenir relativement aux pédicules de ces polypes. Des deux opérés de M. Robert, l'un est guéri, l'autre a été atteint d'une récidive; mais le mal est stationnaire.

M. Chassaignac pense qu'on faciliterait la section du pédicule à l'aide d'une sorte de spatule tranchante fixée sur un dé à coudre.

— M. Robert, après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, donne quelques détails sur le malade traité à l'hôpital Beaujon d'un anévrisme fémoral par la compression. Il confirme ce qu'a dit M. Broca sur la difficulté d'appliquer ici les appareils compressifs. D'ailleurs, ce malade a cru qu'on voulait faire sur lui des expériences, et cette idée, jointe à quelques douleurs produites par la compression et à la crainte du choléra, l'a poussé à quitter l'hôpital. M. Robert l'a revu depuis sa sortie de Beaujon. La tumeur a fait de notables progrès; les caillots formés dans la poche anévrismale ont disparu, et la ligature de l'iliaque externe est indiquée.

— M. le docteur Jouet (d'Isigny) transmet à la Société deux faits d'hémorrhagie; l'un à la suite d'une plaie d'arme à feu, l'autre au huitième jour d'une amputation de l'avant-bras. Dans les deux cas l'écoulement de sang a été arrêté par un tamponnement fait avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer à 35 degrés.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Heyfelder fils, professeur agrégé à la Faculté d'Erlangen, nommé membre correspondant étranger, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur G. Vrolik, professeur à l'Athénée d'Amsterdam, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée d'une nombreuse série de mémoires sur l'anatomie et la physiologie. Ces travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Denonvilliers, Marjolin, Danyau.

— M. le docteur Fano adresse à M. le président une lettre pour se porter candidat à la place vacante de membre titulaire.

— M. le docteur Guersant communique à la Société deux observations.

Obs. I. — **Tumeur cancéreuse de l'orbite gauche. — Extirpation de l'œil et de la tumeur. — Récidive. — Tumeur cancéreuse du cou s'étendant jusque sur la poitrine et dans l'aisselle. — Mort.**

Menissel (Nicolas), âgé de quatorze ans, est né de parents bien portants, n'ayant pas eu de maladies cancéreuses; il a eu la variole à l'âge de neuf mois; et, bien que d'une constitution un peu lymphatique, il n'a eu ni engorgements glandulaires, ni ophthalmies, et jamais de maladie grave.

Il habitait Paris depuis deux mois lorsqu'il entra, le 23 août 1853, à l'hôpital des Enfants. A cette époque, il disait que depuis cinq semaines il trouvait que son œil gauche s'affaiblissait, et qu'en même temps il avait remarqué un engorgement au côté gauche du cou. On constatait à son entrée, le 23 août, une exophthalmie considérable de l'œil gauche, qui était presque chassé de l'orbite; les mouvements de cet organe étaient très bornés; pas de douleur, pas d'injection de la conjonctive oculaire; légère injection de la conjonctive palpébrale, pas de rougeur ni de gonflement des paupières, dont l'occlusion était difficile, mais non douloureuse. Cornée très nette; pupille contractée, peu mobile; pas d'opacité du cristallin; milieux de l'œil très transparents; pas de douleur à la pression.

En comprimant l'œil, on sentait une résistance, sans fluctuation ni induration. Vue courte, trouble; diplopie à une distance un peu éloignée. L'œil droit entièrement sain.

Chapelet ganglionnaire sous l'angle gauche de la mâchoire, se pro-

longeant le long du cou, mais sans traces d'inflammation aiguë. — Frictions autour de l'œil et sur les ganglions avec l'onguent napolitain.

A l'arrivée de ce malade, nous pensâmes à une tumeur cancéreuse de l'orbite envoyant des prolongements dans la fosse nasale gauche.

Dès le 27 août, le malade accuse des douleurs avec élancements dans l'œil; la vision s'affaiblit. La saillie de l'œil augmente.

Les jours suivants les douleurs augmentent; l'exophthalmie devient plus considérable; les paupières sont tendues, entr'ouvertes, presque sans mouvement; la cornée reste intacte, mais la pupille se dilate et est très peu mobile: il y a épiphora. La narine gauche est en partie oblitérée, saignant au moindre attouchement. Les ganglions du cou sont stationnaires.

Le 15 septembre, une ponction exploratrice est faite sur la tumeur en dehors du globe oculaire; elle n'amène que quelques gouttes de sang. Pas d'autres accidents. Présenté à la Société de chirurgie, il fut décidé qu'il faudrait enlever la tumeur de l'orbite en extirpant l'œil.

Le 17, bien que convaincu qu'il y aurait récidive, les douleurs qu'éprouvait le malade me décidèrent à enlever l'œil et la tumeur de la cavité de l'orbite.

Après l'opération, un peu d'écoulement de sang, mais rien de grave; d'ailleurs, la tumeur se prolongeait jusque dans la fosse nasale, et fut enlevée par lambeaux à plusieurs reprises.

Le 22, jusqu'à ce jour point d'accidents. Aujourd'hui, tuméfaction avec douleur des ganglions du cou. — Frictions avec l'onguent napolitain.

Le 24, vomissements répétés; céphalalgie; gêne dans la déglutition, suppuration abondante et fétide par le nez et l'orbite; fièvre.

Le 29, rougeur érysipélateuse des paupières; moins de fièvre; ganglions du cou moins douloureux. — Application de collodion sur les paupières.

Ce moyen n'empêche pas l'érysipèle de gagner le cuir chevelu. La suppuration de l'orbite n'est pas considérable.

Dans les premiers jours d'octobre, l'état général et l'état local s'améliorent, mais il y a faiblesse générale. — Quinquina et café le matin.

Dans le courant d'octobre, l'état général continue à devenir meilleur. L'orbite se remplit de bourgeons charnus; la tumeur du cou augmente et devient douloureuse. — Collodion sur cette tumeur.

En novembre, l'état général ne continue pas à s'améliorer, et la faiblesse augmente; les ganglions du cou augmentent de volume; ceux de l'aisselle se prennent; la tumeur s'étend en bas vers la poitrine, en

haut jusqu'à la mâchoire et même vers l'oreille. L'orbite ne fournit que peu de pus; les paupières sont rouges et indurées. La tumeur s'étend en profondeur jusqu'à gêner la déglutition.

Pendant tout le mois de décembre, l'état s'aggrave de plus en plus et le développement des ganglions cervicaux et axillaires augmente considérablement. Des bosselures se forment çà et là; quelques-unes paraissent fluctuantes, elles sont violacées. La déglutition et la respiration sont extrêmement gênées. On redoute la fin du malade d'un jour à l'autre.

Cependant il continue à vivre dans cet état fâcheux pendant tout le mois de janvier 1854. La tumeur axillaire s'étend sur toute la face antérieure de la poitrine; les douleurs sont insupportables et tiennent le malade dans une insomnie complète. Tous les moyens locaux, tels que pommades calmantes, collodion sur la tumeur, ne changent rien à cet état pénible; les potions opiacées, les pilules calmantes sont employées sans effet, et le malheureux malade, qui conserve toute son intelligence, succombe au milieu des souffrances le 31 janvier 1854.

Autopsie 42 heures après la mort.

Dans toute l'étendue que la tumeur occupe au cou et à la poitrine, la peau est intimement unie au tissu morbide sous-jacent, dont elle ne peut se séparer; ce tissu morbide occupe la joue gauche, s'étend en arrière, contourne le conduit auditif dont elle comprime la portion cartilagineuse, puis descend dans les régions cervicale et axillaire gauches, dans les régions sus et sous-claviculaires des deux côtés, mais principalement à gauche, où il se prolonge jusqu'aux régions mammaires, qu'il dépasse. Au niveau de l'extrémité supérieure du sternum, ce tissu pénètre profondément dans la région cervicale antérieure, adhère au corps thyroïde, qui est lui-même dégénéré; il se porte en arrière jusqu'au niveau du rachis, englobe tous les organes de la région cervicale et se continue avec un chapelet de ganglions dégénérés autour du larynx et du pharynx, de la trachée et de l'œsophage, qui sont assez fortement repoussés à droite.

Le larynx est comprimé, déformé; les replis arythéno-épiglottiques ne présentent pas d'altérations, mais les lèvres de la glotte sont infiltrées et obturent l'ouverture du larynx.

Les poumons présentent des deux côtés en arrière un engouement sanguin.

Le cœur est plus volumineux que ne le comporte la taille de l'enfant.

Le cerveau ne présente pas d'altérations de tissu. Mais au niveau

de la face inférieure du lobe frontal du côté gauche, on trouve une dépression considérable ; cette dépression correspond à une tumeur de la voûte de l'orbite. Cette tumeur, large, lisse, mamelonnée, lobulée, recouverte par la dure-mère, adhère aux deux feuillets de l'arachnoïde ; elle pénètre dans la cavité orbitaire et dans la fosse nasale gauche.

Le tissu morbide dont nous venons d'indiquer les différents siéges se rapproche, pour la consistance, du squirrhe; dans quelques points, à la coupe, il ressemble au tissu encéphaloïde ; sa coloration est blanche ; il n'y a nulle part de ramollissement, ni de vascularisation évidente, ni de foyers hémorrhagiques.

Examiné au microscope, ce tissu présente tous les caractères du cancer encéphaloïde, avec cette particularité que les cellules sont en minorité et les noyaux en majorité.

Les autres organes du sujet n'ont rien offert de particulier à noter.

Obs. II. — **Tumeurs encéphaloïdes de l'orbite et de l'humérus gauches chez une fille de treize ans. — Mort par compression du cerveau.**

Bonnard (Maria), âgée de treize ans, n'ayant jamais été malade, n'ayant pas même eu les maladies de l'enfance, est née de parents sains, qui n'ont point eu de maladies cancéreuses.

En mars 1852, d'après le rapport des parents, sans cause connue, on reconnaît une tumeur à la partie supérieure du bras gauche, près de l'épaule. Les parents y font d'abord peu d'attention, et ne font entrer l'enfant à l'hôpital que le 23 février 1853. A cette époque, l'état général était bon; la tumeur, qui avait le volume d'un œuf de poule tout au plus, était quelquefois douloureuse, peu mobile, sans changement de couleur à la peau, et manifestement placée sous le muscle deltoïde du côté gauche. J'hésitai longtemps sur le diagnostic ; je fis une ponction exploratrice qui amena du sang, et je ne fus point éclairé sur la nature de la tumeur. Pensant qu'il pouvait exister quelque chose de scrofuleux, je soumis l'enfant au traitement antiscrofuleux. J'employai avec persévérance à l'extérieur les résolutifs, les pommades iodurées, les emplâtres de Vigo cum mercurio, et tout cela sans succès; la tumeur resta stationnaire. Les parents voulurent faire sortir leur enfant ; ils l'emmenèrent, et chez eux, après avoir consulté un médecin qui avait conseillé des cautères sur la tumeur, les parents appliquèrent des vésicatoires volants. L'état de la tumeur, qui était

d'abord stationnaire, ne tarda pas à changer. Les vésicatoires appliqués plusieurs fois n'empêchèrent pas l'augmentation d'avoir lieu.

La petite malade entra de nouveau à l'hôpital le 29 mars 1854; elle nous présentait alors les symptômes suivants :

On remarquait à la partie supérieure du bras gauche, à la région deltoïdienne, une énorme tumeur enveloppant le moignon de l'épaule; la circonférence donnait 44 centimètres, la hauteur 21. La pression était douloureuse, les veines sous-cutanées qui recouvraient la tumeur étaient très distendues, les mouvements du bras très bornés, et la malade souffrait sans qu'on touchât à la tumeur, qui était résistante presque dans tous les points; seulement elle présentait de la mollesse dans quelques endroits. Cette tumeur énorme, étant évidemment d'un tissu de mauvaise nature, entourait l'articulation, y pénétrait peut-être; il ne fut pas mis en question d'opérer.

Des pommades calmantes, des cataplasmes et quelques pilules opiacées furent mis en usage pour chercher à procurer du calme. L'état resta stationnaire; on n'obtint ni soulagement, ni diminution dans la tumeur.

Vers le 18 mai, l'état général était toujours le même; mais la tumeur, qui n'augmentait pas de volume, offrait un peu plus de rougeur à sa surface : dans certains points on remarquait des bosselures, où l'on reconnaissait positivement de la fluctuation. L'œil gauche, qui faisait saillie depuis quelque temps, sortait davantage de l'orbite.

A la fin du mois de mai, les douleurs augmentèrent d'intensité dans la tumeur de l'épaule et dans l'orbite. Les applications de pommades avec la belladone, la morphine, le chlorôforme, l'onguent napolitain furent faites sans causer de soulagement; les opiacés à l'intérieur ne produisirent rien de favorable.

En juin, les douleurs persistaient sans augmentation de la tumeur du bras, mais avec développement d'une tumeur à la région temporale gauche; c'est dans cette dernière tumeur, qui offrait une fausse fluctuation, sans changement de couleur à la peau, que la malade accusait le plus de sensibilité. (Pommade au chloroforme sur la tempe.) L'œil fut chassé de plus en plus de l'orbite; la cornée se ramollit, se désorganisa et l'œil ne tarda pas à se vider. A ce moment les douleurs diminuèrent dans la région orbitaire, mais continuèrent dans l'épaule.

Pendant tout le mois de juillet, rien de particulier, si ce n'est l'état stationnaire de la tumeur de la tempe et de la tumeur de l'épaule, avec persistance de douleurs vives que rien ne peut calmer, soit les moyens internes, soit les moyens externes. Quant à l'état général, l'ap-

pétit est très faible; l'enfant est triste et paraît très souffrante, elle maigrit. Les paupières sont renversées, saillantes et forment un bourrelet d'un rouge vif; la muqueuse est à l'état fongueux.

Vers le 15 août, sans cause connue, les douleurs excessivement vives que la malade ressentait dans la tête et dans l'épaule, douleurs qui l'empêchaient de dormir, cessèrent tout à coup; les nuits devinrent calmes; l'appétit revint et même très impérieux; la maigreur de la malade disparut pour faire place à un embonpoint rapide. Cependant les tumeurs de la tempe et de l'épaule ne présentaient rien de nouveau.

L'enfant, qui ne s'était pas levée depuis plusieurs mois, se promenait, se trouvait bien et demandait continuellement à manger.

Tout à coup, le 9 septembre, encore d'une manière subite, tout change : les accidents, les douleurs, l'insomnie, la perte d'appétit, l'intumescence manifeste dans les deux tumeurs reviennent avec plus d'intensité que jamais; les paupières s'infiltrent, deviennent plus volumineuses; les veines de la tumeur de l'épaule sont plus distendues. Enfin, le pouls est lent, la peau d'une température peu élevée; un coma absolu se déclare; la malade ne répond à aucune des questions qu'on lui fait; la sensibilité générale est obtuse; elle est diminuée dans tout le côté droit du corps, qui est paralysé du mouvement; la pupille est contractée, les déjections sont involontaires. La mort arrive sans convulsions dans la nuit du 12 au 13 septembre.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

La poitrine et le ventre ne présentent aucune altération à noter; rien en fait de tumeurs ou d'engorgements analogues à ceux de l'orbite et du bras; tous les organes sont à l'état sain.

Examen des deux tumeurs par M. le docteur Houel. — La tumeur de l'humérus, d'un volume considérable, fendue verticalement, rappelle assez bien par son aspect celui des cancers encéphaloïdes très vasculaires; le tissu qui la constitue est mou, comme fluctuant dans certains points; cette différence dans la densité de la tumeur tient aux nombreuses hémorrhagies qui se sont faites à son intérieur à des époques variables. En effet, dans certains points on trouve des collections sanguines, comme enkystées, constituées par un sang noirâtre; dans d'autres points, au milieu de la trame fibreuse, qui est ici peu abondante, existent des masses jaunâtres qui sont formées par de la fibrine décolorée, à laquelle est venue s'adjoindre de la matière graisseuse. Quoique l'examen microscopique ait été fait tardivement, j'ai pu néan-

moins facilement reconnaître ces divers éléments, ainsi que la cellule cancéreuse caractéristique qui s'est offerte sous deux aspects, celui de cellule assez rare, celui de noyau au contraire très abondant.

La question que j'ai surtout été chargé d'examiner, pour répondre à l'observation de M. le professeur Gerdy, est relative au point d'origine de la tumeur; il désirait que l'on pût préciser si ce cancer avait débuté par le périoste, la surface de l'os ou bien par le canal médullaire. Je dirai tout d'abord que c'est à cette dernière forme de tumeur que cette pièce me paraît devoir appartenir. En effet, le périoste, dans toute la portion d'os respectée par le cancer, n'est point le siége de cette sécrétion osseuse en aiguilles si caractéristique des tumeurs cancéreuses ou fibro-plastiques qui débutent par cette membrane; de plus, le canal médullaire de l'humérus dans son tiers supérieur manque de paroi externe et postérieure; tandis que l'interne, usée de dedans en dehors, ayant perdu sa résistance normale, s'est fracturée. La tumeur cancéreuse, après avoir détruit une partie de la paroi osseuse, a fait hernie et a remonté sous le muscle deltoïde et les muscles du bras, que l'on retrouve distendus, amincis à la surface.

Telles sont les raisons qui, d'après l'examen de cette pièce, me font supposer que c'est bien ici un exemple de ces cancers térébrants qui sont si souvent accompagnés de fracture spontanée des os amincis de dedans en dehors ; tandis qu'il n'est pas rare au contraire, lorsque le cancer débute par l'extérieur de l'os, de voir ce dernier résister à l'envahissement de la production morbide et devenir même le siége d'une ostéite condensante.

La seconde tumeur est un cancer en forme de champignon, siégeant à la face externe de la dure-mère dans la région temporale; la tumeur a environ 9 centimètres de diamètre sur une épaisseur de 3, d'où résultait une compression manifeste du cerveau dans ce point. La face externe de cette espèce de fongus reposait sur l'écaille du temporal, qui est usée, amincie par la destruction de la table interne; la suture temporo-pariétale est disjointe, et au niveau de l'angle antérieur de ce dernier os il existe même une perforation osseuse peu considérable qui mettait en communication la tumeur intra-crânienne avec une autre tumeur située dans la fosse temporale externe sous le muscle de ce nom. Cette dernière masse est en grande partie constituée par des foyers hémorrhagiques à divers degrés de coloration.

L'œil, qui par suite de la disposition de la tumeur intra-crânienne avait été chassé de l'orbite et s'était vidé, est ratatiné sur lui-même et remplacé par une petite masse du volume d'un gros pois et très

dense. On peut par la dissection y distinguer très nettement la sclérotique et la choroïde, sans atrophie sensible du nerf optique.

RAPPORTS.

M. le docteur LABORIE fait à la Société le rapport suivant :

Messieurs, vous avez renvoyé à notre examen une brochure adressée à la Société par MM. E. Desgranges et Eugène Lafargue, deux de nos honorables confrères de Bordeaux.

Cette brochure est intitulée *Mémoire consultatif à l'occasion d'un fait d'infanticide. — Examen d'une cause de mort alléguée fréquemment dans les affaires criminelles de cette nature.*

Voici l'analyse de l'observation qui a donné lieu au travail de MM. Desgranges et Lafargue :

Une jeune fille de dix-huit ans, ne se croyant pas encore au terme de sa grossesse, est prise des premières douleurs ; elle les subit pendant toute une journée, ne se rendant pas bien compte de leur nature. Voyant, après douze heures, qu'elles persistaient et s'accroissaient, elle se décide à quitter Bordeaux pour se rendre à une campagne située à 5 kilomètres de la ville.

Elle part à quatre heures ; mais à peine arrivée à une des barrières de la ville, les douleurs sont si pressantes que la malheureuse fille accouche debout, appuyée, dit-elle, contre une clôture en planches.

Le cordon se rompit par le poids de l'enfant, qui fut ramassé par la mère et placé dans un panier couvert ; puis, ceci terminé, elle reprit sa marche, et pendant encore trois quarts d'heure que dura le trajet, l'enfant poussa à plusieurs reprises des vagissements qui ne cessèrent qu'à une certaine distance de la maison où se rendait l'inculpée.

Arrivée enfin, cette fille se délivra elle-même, changea de vêtements, porta le cadavre de son enfant dans une fosse à fumier située derrière les maisons voisines et le recouvrit de débris de végétaux.

Nous avons, messieurs, reproduit presque textuellement les points principaux de cette narration qui appartient en entier à l'inculpée, et nous arrivons à l'autopsie pratiquée par MM. Lafargue et Desgranges.

Le *placenta*, dans un état normal du reste, conservait à sa surface fœtale une portion de cordon de 20 centimètres, portion parfaitement saine, d'un volume et d'une résistance ordinaires.

Au lieu d'implantation du cordon, une déchirure de la substance placentaire de 2 centimètres d'étendue.

Le cordon lui-même, à 13 centimètres de son insertion, offrait une déchirure de 2 centimètres d'étendue, l'intéressant profondément.

Enfin l'extrémité libre et divisée du cordon est inégale et frangée.

L'*enfant*, du sexe féminin, pesant 1,800 grammes, était souillé de boue.

On trouvait sur la région pariétale gauche une plaie d'un centimètre, à bords irréguliers et écartés, intéressant toute la peau et le tissu cellulaire sous-jacent; ecchymose autour de la plaie, et au-devant d'elle une éraillure superficielle linéaire. Dans la plaie principale, on remarque de petits grains sablonneux.

Au niveau de l'oreille droite, déchirure transversale du tissu qui l'attache à la tête. Cette plaie est nette, elle a un centimètre d'étendue; elle est souillée de boue. De plus, sur la face, sur le cou et sur différents points du corps, des éraillures superficielles.

Enfin, on note sur la région pariétale droite, dans le point opposé à la plaie que nous avons signalée, une rougeur de la peau avec ecchymose sous-cutanée.

En enlevant le cuir chevelu, on trouve des caillots au niveau de chaque pariétal et ces deux os fracturés. La fracture complète, à bords légèrement écartés, partant de la bosse pariétale, avait 5 centimètres de longueur de chaque côté. La direction était oblique de bas en haut et d'arrière en avant sur le pariétal gauche; sur le droit, elle gagnait directement le bord supérieur de l'os.

Rien dans le cerveau ni ses enveloppes.

Épanchement d'une quantité assez considérable de sang liquide au-dessous de la tente du cervelet.

Aucune des éraillures signalées sur différents points du corps n'a déterminé d'altération dépassant l'épaisseur du derme.

Rien dans les voies aériennes. Aucune trace de violence ni sur le larynx, ni sur le pharynx.

Les poumons, petits, refoulés en arrière, rougeâtres, sont crépitants en quelques points.

La docimasie pulmonaire a été faite avec soin, et on a constaté que les poumons en masse, après ligature des bronches et des gros vaisseaux, jetés dans un baquet rempli d'eau, surnageaient.

Le poumon gauche entier d'abord, puis coupé par tranches, est toujours resté à la surface du liquide. Mêmes remarques pour le poumon droit.

L'abdomen n'a rien présenté.

La portion de cordon encore adhérente à l'enfant présentait 285 millimètres d'étendue. Cet organe est en plusieurs points éraillé et déchiré; ces éraillures, au nombre de quatre principales, étaient entourées d'ecchymoses.

MM. Desgranges et Lafargue, après cet examen, arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'enfant était à terme.

2° Il était viable.

3° Il a respiré.

4° Les nombreuses ecchymoses et éraillures dénotaient que ce même fœtus avait été pressé violemment comme par une main où les ongles auraient agi, ou bien aurait été en contact avec les aspérités d'un corps dur, comme pourrait l'expliquer le frottement contre un sol inégal.

5° Les plaies de la région pariétale gauche et de l'oreille droite ont été produites par un corps contondant dur et inégal, comme pourrait l'être une pierre ou un débris de cruche en terre qui auraient été mus avec force. Ces deux plaies n'ont pas été produites simultanément ; elles sont l'effet de deux actions consécutives.

6° La contusion et la vaste ecchymose sous-jacente de la bosse pariétale droite nous paraissent avoir été déterminées par la pression de cette partie sur un corps dur alors qu'une action vulnérante agissait sur la région directement opposée.

7° La mort de l'enfant est causée par les lésions notées sur le crâne et dans l'intérieur de cette cavité.

8° Les fractures ont été, comme les plaies, produites par une cause de nature active.

9° Le cordon a été tiraillé, déchiré avec violence et blessé en plusieurs points par un corps aigu.

Pour terminer cette première partie, disons que l'inculpée expliquait par la chute de l'enfant les accidents signalés dans l'expertise cadavérique.

On a dû examiner avec soin la situation exacte des lieux où, suivant cette femme, se serait accompli l'accouchement.

Le sol n'était pas pavé, mais formé de terre tassée où pouvaient se trouver enfoncés, comme c'est l'ordinaire, quelques débris de pierre.

A côté même de l'endroit où l'accouchement a eu lieu, et qu'on a trouvé ensanglanté, s'élevait un tas de grosses pierres d'un mètre carré de surface environ. Vers les deux tiers inférieurs de ce monceau de débris, on a remarqué une grosse pierre dure, enchâssée vers le milieu du groupe et dont l'une des arêtes portait une trace de sang.

Voici les faits dans toute leur exactitude, et avec ces faits les conclusions des experts.

MM. Desgranges et Lafargue ont voulu par une série d'hypothèses

successivement émises et combattues justifier leur appréciation, qui évidemment ressort accablante pour l'inculpée.

Vous savez tous, messieurs, combien s'est présentée souvent en justice la grave question médico-légale adressée à nos confrères.

Une femme accouchant debout peut-elle par le seul fait de cette position et sans qu'il y ait crime donner naissance à un enfant vivant que la chute sur le sol puisse tuer?

MM. Desgranges et Lafargue ont établi les différents cas de ce genre qui peuvent se présenter et qu'ils rangent sous les chefs suivants :

1° Enfant ne présentant à l'extérieur du corps aucun vestige de meurtrissure, quelle que soit sa nature : épanchement sanguin seul à l'intérieur du crâne.

2° Enfant ne présentant sur l'étendue du corps rien qu'on doive noter : épanchement dans la cavité du crâne avec fracture des os de celui-ci.

3° Enfant présentant des traces de violence à l'extérieur et aucun désordre à l'intérieur du crâne.

4° Enfant présentant des traces de violences extérieures avec épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne.

5° Enfant présentant des traces de violences extérieures sur le corps et le crâne avec épanchement à l'intérieur du crâne et fracture des os de celui-ci.

Vous me permettrez, messieurs, de ne pas m'étendre sur ces diverses hypothèses; il s'agit de questions intéressantes sans doute, mais un peu en dehors de vos travaux ordinaires. Je m'arrêterai seulement quelques instants à la dernière de ces questions, puisqu'elle est précisément applicable au fait particulier qui nous occupe.

L'histoire de ces fractures produites dans ces circonstances a fait le sujet de nombreuses recherches. Henke a positivement admis que les chutes de l'enfant, lorsque la femme accouche debout, peuvent déterminer des fractures du crâne, des épanchements au cerveau, des commotions mortelles. Chaussier, après s'être livré à des expériences sur des enfants morts, partagea cette conviction. Il en fut de même de Fodéré. Klein fut, au contraire, disposé à repousser cette manière de voir, et à l'appui de son opinion il apporta une série de 183 faits sans accidents sérieux.

Marc, analysant les opinions opposées, conclut cependant à la possibilité, mais très rare, d'accidents mortels.

MM. Desgranges et Lafargue, dans l'examen auquel ils se livrent,

analysent avec rigueur les opinions exprimées par Marc, Briand, Fodéré, Orfila, Henke, Klein, etc.

Ils empruntent les points principaux de leur argumentation à M. Devergie, et ils terminent en laissant entrevoir d'une façon très claire leur opinion sur la culpabilité de la mère.

En résumé, messieurs, tout en donnant à l'œuvre de nos confrères les éloges mérités par la manière dont ils l'ont travaillée et par les qualités d'exposition qu'on y remarque, vous nous permettrez de nous écarter de leur manière d'argumenter.

En présence d'un jugement à intervenir, jugement capital et qui, s'il était funeste à la mère, incomberait de toute sa grave responsabilité sur les médecins experts, nous avouons que notre esprit tend bien plus vers une appréciation favorable, même au milieu de circonstances en apparence les plus accablantes.

Lorsqu'il s'agira d'appliquer cette loi presque sauvage de la peine du talion, nous chercherons toujours à trouver dans quelques-uns des faits qui auront accompagné la mort de l'enfant une explication naturelle de cette mort.

Et dans ce fait particulier, si une question d'infanticide nous avait été posée, nous aurions bien plus facilement admis l'infanticide par omission que l'infanticide par commission. Mais sans trop torturer les faits, en nous appliquant seulement à rechercher si dans les annales de la science nous avons assez de motifs pour exonérer cette femme de l'accusation qui pesait sur elle, nous aurions pu, sans crainte d'être accusé d'excessive indulgence, déclarer que la mort était le résultat et de la chute de l'enfant et de l'absence de soins donnés après cette chute. Que peut-il y avoir, en effet, d'impossible dans cette manière d'apprécier les faits? Et, quand on se reporte aux circonstances signalées par la mère et en grande partie vérifiées par l'expertise légale, on peut bien admettre qu'il y a eu accident.

Du reste, disons pour terminer que cette appréciation a trouvé des partisans parmi les membres du jury, car la femme dont nous parlons a été acquittée, et nous ne pouvons nous défendre de dire que nous applaudissons à ce verdict.

Nous lisons dans un article emprunté aux *Annales d'hygiène et de médecine légale* la relation d'une cause d'infanticide semblable à celle qui nous occupe. Il est dit dans cet article. « C'est donc une ridicule » parade que celle du défenseur de la femme Bouteillier, qui était » accusée d'infanticide, et qui alléguait qu'ayant été surprise par les » douleurs de l'accouchement, elle était accouchée au bord d'un fossé

» de dix-huit pouces de profondeur, et que c'était par l'effet de sa » chute dans ce fossé que son enfant avait eu le crâne brisé... Après » avoir discuté la question de crime ou d'accident, le défenseur s'écrie, » en tirant de sa toque un petit corps blanc et rond : Ceci, messieurs, » c'est le crâne d'un enfant! Voyez comme les os en sont minces et » flexibles. Figurez-vous donc un enfant avec un crâne pareil chassé » des flancs d'une mère jeune et vigoureuse. Figurez-vous-le tombant » dans un fossé. Pour un homme, c'est un pas; pour un enfant, c'est » un précipice. »

Puis les auteurs de l'article ajoutent et soulignent: « *Les jurés furent » convaincus!* La femme Bouteillier fut acquittée. »

En lisant cet article, je n'ai pas partagé l'opinion des auteurs, et, juré, j'eusse probablement acquitté; car, messieurs, dans la manière dont est terminé l'article, on laisse planer sur les jurés une accusation de grande ineptie, et c'est à tort que l'on dit : *Les jurés furent convaincus.* Non, ils n'eurent pas la conviction qu'on invoque; ils furent ébranlés et doutèrent. Leur verdict ne peut s'expliquer que dans ce sens; car dans des causes aussi graves la sévérité ne saurait être la règle, et la devise de ceux qui sont appelés à juger doit être : *favores sunt ampliandi.*

Je termine, messieurs, en vous proposant de déposer honorablement dans votre bibliothèque le mémoire de MM. E. Desgranges et Lafargue et d'adresser une lettre de remercîments à ces deux confrères distingués.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Chassaignac fait à la Société la communication suivante :

J'ai l'honneur, dit-il, de soumettre au jugement de la Société de chirurgie deux instruments dont j'ai fait des applications variées et qui pourront, je l'espère, rendre des services à la pratique chirurgicale.

Le premier, que j'appelle *érigne à ravivement*, a été imaginé pour une opération de fistule vésico-vaginale offrant de grandes difficultés. Il consiste en un faisceau de six érignes supportées par un tube, et tendant à s'épanouir en cercle aussitôt qu'elles cessent d'être maintenues rapprochées. Leur rapprochement s'opère au moyen d'une canule qui, lorsqu'elle est poussée en avant, les ramène centralement, et qui les laisse s'écarter spontanément aussitôt qu'elle est refoulée en arrière. Au centre de l'appareil existe une tige terminée par un bouton qui a le double usage :

1° De protéger les parties en présentant une extrémité mousse;

2° D'augmenter l'écartement des érignes et de les rendre plus stables et d'une implantation plus solide.

L'instrument a été construit, sur mes indications, par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

Le second instrument est un écraseur linéaire que j'ai déjà appliqué au traitement des hémorrhoïdes, du cancer et des polypes du rectum, du cancer de la langue, de la chute du rectum. Cet appareil, que M. Mathieu a perfectionné d'après les desiderata que je lui ai fait connaître, consiste en une chaîne métallique articulée mise en mouvement par une double crémaillère à laquelle on adapte un levier qui multiplie énormément la force de compression de l'écraseur linéaire.

L'instrument se compose :

1° D'une chaîne métallique assez forte pour supporter un poids de cinq cents livres;

2° D'une tige double, dont chaque moitié est articulée avec une des extrémités de la chaîne;

3° D'une canule armée de deux pignons destinés à prévenir le retrait des crémaillères qui sont renfermées dans la canule ;

4° D'un levier qui met alternativement en mouvement chaque crémaillère.

L'objet de cet instrument et de son mode d'action, c'est de diviser les tissus mous et vasculeux sans effusion de sang.

Ce matin même, j'ai fait l'emploi de ces deux instruments pour enlever un bourrelet hémorrhoïdal considérable accompagné de chute du rectum.

L'érigne à branches multiples a été introduite dans le rectum, puis déployée. Elle a fortement ramené au dehors le bourrelet hémorrhoïdal et la muqueuse, après quoi la tumeur a été pédiculisée, puis séparée complétement et sans effusion de sang au moyen de l'écraseur linéaire.

La séparation complète n'a été effectuée qu'au bout de dix minutes. Si la séparation était plus rapide, on pourrait s'exposer à des hémorrhagies.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 27 septembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. P. Guersant présente à la Société un jeune enfant de trois ans et demi qui, à l'âge de trois mois, eut une fracture dont la consolidation se fit vicieusement. A treize mois, MM. Duval et Thierry constatèrent ce cal difforme, et firent quelques tentatives de redressement. La fracture se reproduisit, mais ne se consolida pas. Cette non-consolidation persista malgré deux 'sétons et un appareil inamovible maintenu pendant assez longtemps.

L'enfant est entré à l'hôpital il y a trois mois, dans le service de M. P. Guersant. Celui-ci a essayé de mettre en pratique l'acupuncture des extrémités de la fracture, préconisée surtout dans ces derniers temps par M. Brainard. Trois opérations ont été ainsi faites : le 27 juillet une piqûre, le 10 août trois piqûres, et le 24 août trois autres. Ces opérations n'ont été suivies d'aucun accident, mais elles ont été sans résultats favorables pour le malade.

En présentant cet enfant à la Société, M. P. Guersant demande l'avis de ses collègues sur le traitement à employer.

M. Broca désire aussi connaître l'opinion des membres de la Société sur un malade adulte entré dans son service avec une fracture non-consolidée de l'humérus au-dessous de l'insertion du muscle deltoïde. Le séton a été employé inutilement dans ce cas. M. Broca pense qu'il existe là une pseudarthrose, et non un cal fibreux. La mobilité y est très grande.

M. Robert a tenté contre ces fractures non-consolidées les différentes méthodes qui ont été tour à tour préconisées. Dans un cas, il perfora avec quinze aiguilles la substance du cal. Toutefois il n'y eut pas de consolidation, et la jeune malade fut condamnée à porter un brassard. Cet appareil prothétique rendit de grands services sans entraîner d'incommodité. Il se pourrait d'ailleurs que chez cet enfant la non-consolidation tînt à un état diathésique. La résection, qui pourrait être conseillée, serait-elle à son tour suivie d'une consolidation de la fracture? La chose n'est point démontrée. D'autre part, la résection amènera un raccourcissement du membre, qui à son tour nécessitera un

appareil prothétique. M. Robert ajoute que dans un certain laps de temps cette fracture peut encore se consolider.

M. Chassaignac ne saurait partager ici l'opinion exprimée par M. Robert sur l'utilité d'un appareil prothétique, car cet appareil peut gêner le développement du membre. D'ailleurs, chez cet enfant, les chances de guérison après la résection sont plus grandes que chez l'adulte, et il croit qu'on doit, avant d'en venir aux appareils qui immobilisent le membre, recourir à la résection.

M. Larrey pense, comme M. Chassaignac, qu'il y aurait inconvénient à se servir d'un appareil qui comprimerait le membre. Mais il faut supposer ici l'emploi d'un appareil simplement contentif. Peut-être, ajoute M. Larrey, que le simple frottement des fragments pourrait ici déterminer une inflammation périostique.

M. A. Richard cite un fait de pseudarthrose du membre inférieur guérie en deux mois par la seule action excitante de la marche.

M. Huguier croit qu'on pourrait dans ce cas essayer l'électro-puncture.

M. Guersant répond à M. Larrey que le frottement a déjà été pratiqué sans succès par M. Thierry. Devant les remarques faites par quelques-uns de ses collègues, il se décide à tenter encore l'acupuncture suivant le procédé de M. Brainard, et s'il n'obtient aucun résultat favorable, il conseillera l'emploi d'un bandage contentif.

— A la suite de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, et à propos d'un instrument à écrasement linéaire présenté par M. Chassaignac, M. Robert rappelle qu'il eut une fois l'occasion de s'en servir pour couper des hémorrhoïdes sur un homme de soixante-quatorze ans. De graves accidents succédèrent à l'emploi de cet instrument; le malade mourut, et à l'autopsie l'on trouva un phlegmon diffus qui remontait de l'anus jusqu'à l'S iliaque du côlon. M. Robert pense qu'agissant avec une force contondante énorme cet écraseur linéaire tend à produire une réaction inflammatoire proportionnelle.

M. Chassaignac fait remarquer que M. Robert ne s'est pas servi de cet instrument d'une façon convenable, car il en a exagéré la force au point de le briser. D'ailleurs, M. Chassaignac possède vingt observations de tumeurs hémorrhoïdales détruites à l'aide de cet instrument; les malades se trouvaient très bien au bout de six à huit jours.

Sur la demande de M. Monod, M. Demarquay raconte un fait de tumeur hémorrhoïdale sur le pédicule de laquelle il pratiqua une cautérisation circulaire à l'aide de la pince de M. Amussat. Lorsque la peau et la muqueuse furent détruites, M. Demarquay traversa par un

fil double le pédicule de la tumeur et put sans douleur serrer fortement ce fil. Le lendemain il excisa les parties situées au delà du fil, et dix jours après le malade sortait guéri de l'hôpital.

MM. Larrey et Forget citent chacun quelques faits favorables à la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales.

CORRESPONDANCE.

M. Danyau, nommé juge d'un concours pour une place de médecin au Bureau central, demande un congé.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'un travail manuscrit que lui avait légué en mourant l'un de ses anciens élèves de l'hôpital des Cliniques, M. Marcelin Fauraytier. Ce travail est intitulé *Mémoire sur de nouvelles aiguilles, suivi d'observations dans lesquelles elles ont été employées avec succès*, par Marcelin Fauraytier, interne des hôpitaux, lauréat de l'Ecole pratique, membre de la Société anatomique.

L'auteur, déjà connu par l'invention d'un ingénieux *instrument pour la staphyloraphie*, l'a utilement modifié sous forme d'aiguille à manche et à pointe mobile pour en faire l'application à la suture du périnée, aux fistules vésico-vaginales, à la ligature de la langue, à celle du rectum, et aussi à la ligature d'un polype des fosses nasales saillant dans le pharynx.

— M. Marjolin lit de la part de M. Alquié, membre correspondant de la Société, un travail qui a pour objet la restauration de la lèvre inférieure.

— M. Alp. Guérin présente à la Société les voies urinaires d'un malade atteint d'un rétrécissement de l'urètre.

Insistant sur ce que la membrane muqueuse est saine, tandis que le canal de l'urètre est rétréci par une induration du tissu spongieux et un dépôt de lymphe plastique dans les mailles de ce tissu. M. Guérin soutient, d'après des recherches faites à l'amphithéâtre, que tous les rétrécissements sont la conséquence d'un travail organique semblable à celui dont il met le résultat sous les yeux des membres de la Société. Critiquant ensuite la méthode de la cautérisation, et en particulier l'application de bougies de cire saupoudrées de poudre d'alun dont se sert M. Jobert, il ajoute que cette méthode ne peut qu'aggraver l'état du malade. Il propose d'opérer ces rétrécissements par l'urétrotomie, selon le procédé de Syme.

M. Robert regarde comme exceptionnels les rétrécissements dus à un dépôt plastique sous forme de noyau dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux ; ils succèdent en général à la blennorrhagie

phlegmoneuse. M. Robert croit que l'anatomie pathologique de ces rétrécissements a déjà été bien étudiée par quelques chirurgiens, et en particulier par Lallemand et par M. Mercier. Quant à la méthode de Syme que préconise M. Guérin, elle a déjà donné des insuccès dans les mains de M. Dupierris.

M. Gerdy pense que Lallemand a donné une explication trop générale de ces rétrécissements. Il a vu des urètres rétrécis sur lesquels on ne pouvait sentir aucune induration; mais à l'endroit où avait siégé l'inflammation les tissus n'étaient plus extensibles, et une sonde glissée doucement dans le canal en révélait la présence. A ces phénomènes de rétraction peuvent se joindre des sécrétions organisables, et l'on rencontre alors des indurations de l'urètre.

M. Guérin répond en disant qu'il n'a jamais prétendu avoir découvert ces dépôts sous muqueux, mais il a voulu en signaler la fréquence et le mécanisme.

M. Debout appelle l'attention de ses collègues sur la question thérapeutique des rétrécissements, et en particulier sur l'emploi de la digitale, qui dans un cas, dit-il, aurait suffi pour faire dissoudre deux indurations urétrales cause de rétrécissements.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 3 octobre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Lenoir demande que le travail lu dans la dernière séance par M. Marjolin, au nom de M. Alquié, soit renvoyé au comité de publication, à cause d'un procédé utile de chéiloplastie de la lèvre inférieure qui s'y trouve décrit.

On restaure, en effet, la lèvre inférieure de plusieurs manières; sans parler du procédé de Horn, on a souvent mis en usage celui de Chopart, que tout le monde connaît, mais qui offre d'assez grands inconvénients, et qui d'ailleurs n'est pas toujours applicable.

Ces inconvénients consistent dans la rétraction du lambeau, qui se recroqueville et laisse à nu les gencives et les dents, ou, au contraire, dans son adhérence étendue à l'os maxillaire. M. Alquié a modifié l'opération de Chopart de la manière suivante :

Après avoir fait les incisions verticales comme à l'ordinaire, et avoir détaché la lèvre inférieure de ses adhérences au bord inférieur de la mâchoire, ce chirurgien va emprunter deux lambeaux latéraux à la muqueuse de la joue; ces deux lambeaux sont quadrilatères; leur base est située au niveau des commissures et en dehors d'elles; ils remontent plus ou moins haut sur la face interne de la joue, et ne doivent comprendre que la muqueuse.

Lorsque l'extirpation du mal est achevée, on les incline en dedans et en bas, de manière qu'ils deviennent horizontaux. Grâce à une légère torsion de leur pédicule, la surface muqueuse est tournée vers l'extérieur, tandis que la surface saignante vient s'appliquer sur le bord libre et couvrir une partie de la face postérieure du lambeau mentonnier attiré en haut. Il ne reste plus qu'à coudre les bords des lambeaux muqueux avec la peau ou la muqueuse labiale, s'il en reste encore une portion, et de cette façon le bord libre de la lèvre est reconstitué convenablement.

M. Lenoir a employé ce procédé de M. Alquié dans un cas, et le résultat lui a paru avantageux. Il convient surtout quand la lésion a envahi la totalité de la lèvre inférieure

Le chirurgien de Montpellier a pourtant appliqué sa modification dans un cas où la lèvre n'était altérée que dans sa partie moyenne, assez largement, il est vrai. Dans cette circonstance, M. Lenoir pense, d'après sa propre expérience, qu'il est mieux indiqué de recourir au procédé de M. Bernard (d'Apt), dont la Société est déjà au courant, d'après le rapport qui a été fait l'an dernier, et qui est inséré dans les *Bulletins.* M. Lenoir se propose d'ailleurs de mettre sous les yeux de la Société les résultats de ses propres opérations de chéiloplastie.

— A propos du procès-verbal, M. Alp. Guérin revient sur la communication qu'il a faite dans la séance précédente, relativement à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre. M. Robert paraît croire que le fait présenté par M. Guérin est dans les idées de M. Mercier, idées qui d'ailleurs avaient été formulées déjà par Lallemand, à propos des changements que l'inflammation fait subir aux tissus érectiles. S'il en était ainsi, ce fait nouveau ne serait que confirmatif, et n'apporterait pas de nouvelles lumières à l'histoire anatomo-pathologique assez controversée de rétrécissements urétraux.

M. Guérin n'accepte pas cette interprétation. Comme M. Mercier, il pense que la cause principale de la production des rétrécissements réside dans la propagation de l'inflammation de la muqueuse aux tissus sous-jacents. Mais la dissidence commence ici. M. Mercier croit à une

inflammation du tissu spongieux de l'urètre, à un dépôt de fibrine dans les vaisseaux, lequel dépôt se resserre, se condense plus tard. M. Guérin pense, au contraire, que la propagation de l'inflammation a pour résultat un dépôt de lymphe plastique dans le tissu sous muqueux, dépôt qui s'accompagne d'un épaississement, d'une sorte d'hypertrophie du tissu fibreux qui constitue la trame du corps spongieux de l'urètre. Cette double cause produit des viroles saillantes plus ou moins étendues et multipliées, qui proéminent dans la cavité urétrale et en diminuent le calibre.

La pièce présentée dans la dernière séance était un exemple de cette disposition.

Sans nier la valeur de l'opinion de M. Mercier, M. Guérin fait remarquer que la sienne s'appuie sur des faits beaucoup plus nombreux, qui montent à plus de cinquante. Dans le travail qu'il a publié autrefois, il s'est peu attaché à la partie historique de la question, il a désiré surtout s'élever contre la similitude qu'on avait voulu établir entre la production des rétrécissements et les propriétés du tissu inodulaire :

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Blot, qui pose de nouveau sa candidature à la place déclarée vacante;

2e L'envoi du tome II de l'*Anatomie chirurgicale* de M. Jarjavay;

3° L'éloge funéraire de M. Duval, par M. Londe;

4° La thèse de M. Ferrier sur divers points de la pathologie utérine, offerte par M. A. Richard.

Des remercîments seront adressés aux auteurs.

— Le président annonce à la Société que M. Lebert, membre correspondant, professeur à Zurich, est présent à la séance.

— M. Follin lit, au nom de M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, une observation de tumeur érectile veineuse de la moitié droite de la face, qui fait des progrès incessants, malgré l'emploi de moyens énergiques. M. Notta demande un conseil à la Société : convient-il d'avoir recours à la ligature de la carotide, ou d'insister sur les moyens qui ont déjà été mis en usage? M. Notta promet, du reste, le complément de cette observation intéressante, dont voici le résumé :

Lamare, âgé de onze ans, médiocrement développé, quoique d'une bonne santé ; pas de scrofule, pas d'engorgement ganglionnaire. Sur le côté droit de la face existe une tache lie de vin, large, irrégulière, envahissant toute la joue et la tempe jusqu'à la racine des cheveux.

Limitée en haut par le sourcil, elle s'étend un peu au delà de la ligne médiane, passe par le nez et la lèvre supérieure, enfin se termine en bas et en dehors, suivant une ligne oblique dirigée de la commissure droite de la bouche au lobule de l'oreille. La coloration de cette tache n'est pas uniforme : au niveau de la tempe et des paupières, elle est d'un rouge moins violacé et disparaît en partie sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement. Au niveau de la joue et de la levre supérieure, elle prend une teinte lie de vin très foncée. La surface en est chagrinée, ce qui tient au développement considérable du réseau capillaire cutané et aux cicatrices nombreuses, irrégulières, légèrement déprimées, d'une variole qui date de l'âge de sept mois, et dont on voit les marques disséminées et moins apparentes sur les autres parties du visage. L'éruption a été très confluente. Au niveau de la tache, les boutons étaient encore plus gros et plus rapprochés que sur le reste de la figure.

Sur ses limites, qui sont assez nettes, la tache que je viens de décrire ne fait pas de saillie appréciable. Les paupières de l'œil droit sont aussi minces que celles du côté opposé, et la conjonctive oculaire et palpébrale a sa coloration normale. La moitié droite de la lèvre supérieure et l'aile du nez correspondante présentent un épaississement très prononcé, d'où résulte une saillie et une procidence de cette partie de la lèvre.

Epaisse et mollasse dans ce point, la lèvre ne présente cependant ni battements, ni mouvements d'expansion ; la compression réduit son volume. A sa face interne existe une coloration d'un rouge foncé s'arrêtant brusquement comme la tache externe vers le frein de la lèvre supérieure, et due à une multitude de vaisseaux capillaires légèrement saillants.

Les gencives de la mâchoire supérieure, depuis le frein de la lèvre jusqu'à la seconde grosse molaire, présentent au niveau de la sertissure un petit bourrelet de deux millimètres de hauteur, de couleur et de densité normales ; au-dessus elles sont molles, et au toucher il semble qu'elles soient converties en un canal veineux plein de sang. La seconde incisive est mobile et refoulée en arrière ; à son niveau est la tumeur que nous avons mentionnée. Du volume d'une petite noix, elle est irrégulièrement arrondie ; son pédicule s'implante entre la seconde incisive et la canine, et envoie en arrière de ces deux dents un prolongement du volume d'un pois. Elle est d'un rouge violacé, très vasculaire, diminue de volume par la compression, n'est le siége d'aucun battement, saigne abondamment lorsque l'enfant se heurte soit en

jouant, soit en mangeant. Les dents comprises entre la seconde canine et la seconde grosse molaire sont toutes un peu plus mobiles que celles du côté opposé; néanmoins le malade peut manger dessus sans douleur.

La moitié droite de la voûte palatine, du voile du palais et même de la luette présente une injection prononcée, exactement limitée à la ligne médiane, et qui cesse insensiblement sur les piliers droits du voile du palais. Cette vascularisation, à peine marquée à la muqueuse de la joue droite, reprend toute son intensité dans l'intérieur de la narine droite; on peut le constater du moins aussi loin que l'œil peut pénétrer. L'enfant a des épistaxis de cette narine depuis cinq mois seulement. Dans le cri, l'effort, la tumeur de la joue augmente de volume et elle devient encore plus noirâtre.

Au moment de la naissance la tache de la peau existait sans épaississement des tissus, la bouche était droite, et, à part la coloration, il n'y avait aucune différence entre le côté droit et le côté gauche de la face, lorsqu'il y a six mois, sans cause appréciable, la lèvre commença à grossir et la tumeur de la gencive à paraître. D'abord grosse comme un pois, elle prit graduellement les proportions que nous lui trouvons aujourd'hui ; en même temps les épistaxis et les hémorrhagies buccales se manifestèrent.

Le 29 novembre, dit M. Notta, après avoir chloroformisé l'enfant, je liai la tumeur de la gencive à son pédicule avec un fil double; puis j'enfonçai dans l'épaisseur de la lèvre, à une profondeur d'au moins deux centimètres et à un centimètre d'intervalle, quatre grosses aiguilles rougies à blanc ; enfin j'éteignis deux petits cautères sur les gencives tuméfiées.

Le 30, la tumeur de la bouche s'est affaissée sur elle-même ; apyrexie ; tuméfaction modérée de la lèvre.

Le 2 décembre, la tumeur gengivale s'est détachée ; les points cautérisés suppurent ; la lèvre est devenue dure, quoique médiocrement tendue.

Le 12, il y a encore du gonflement de la joue ; une des pointes de feu donne encore un peu de suppuration. La muqueuse du palais est devenue plus vasculaire, plus épaisse depuis quelques jours ; les gencives sont boursouflées, fongueuses.

Le malade est chloroformisé. Trois boutons de feu sont appliqués fortement sur la voûte palatine, de manière à désorganiser toute l'épaisseur de la muqueuse. De petits cautères en forme de hache sont promenés le long des gencives ; puis avec un cautère conique, acéré et renflé à la base, on larde à trois reprises différentes toute l'épais-

seur de la lèvre. Enfin la seconde incisive, qui était mobile, étant arrachée, un cautère de la grosseur de la racine de la dent fut éteint dans l'alvéole. A la suite de cette cautérisation énergique, la joue enfla considérablement, puis les eschares se détachèrent, et il y eut une suppuration assez abondante.

Au bout de huit jours (le 30 décembre), le malade quitte le service dans l'état suivant : les gencives sont couvertes de bourgeons charnus et ont un développement plus considérable qu'avant la cautérisation ; une nouvelle tumeur fongueuse apparaît au niveau de l'incisive arrachée ; enfin la muqueuse du palais est plus molle, plus fongueuse et plus épaisse qu'avant l'opération.

Au mois d'avril, la tumeur développée au niveau de l'incisive a le le volume d'une noix et gêne beaucoup. Une ligature sur son pédicule la détache au bout de trois jours.

Le 20 juillet, la tumeur gengivale a reparu ; elle a le volume d'une noix. Nouvelle ligature.

Le 2 août, deux injections de perchlorure de fer à 30°, et de 5 gouttes chacune, sont pratiquées dans l'épaisseur de la lèvre en procédant par la face interne. Les ponctions sont faites à trois centimètres de distance. L'opération fut peu douloureuse. Cinq ou six minutes après l'injection, la joue double de volume; on constate un noyau dur au niveau des ponctions. Au bout d'une heure, l'enfant ne souffrait plus.

Les jours suivants, la tuméfaction et l'induration de la lèvre augmentent. Le 7 août, cet organe a triplé de volume. L'appétit est bon, le sommeil calme ; apyrexie.

Le 8 août, une des piqûres donne un peu de suppuration. La tuméfaction de la lèvre a beaucoup diminué ; on ne sent plus que deux noyaux durs, du volume d'une petite noisette, au niveau de chaque piqûre.

Le 25 août, la tumeur fongueuse de la gencive s'est reproduite ; elle a le volume d'une aveline. La ligature en est de nouveau pratiquée.

Le 29 août, la lèvre supérieure est dans le même état qu'avant l'opération, les noyaux indurés au niveau des ponctions sont résorbés.

Sur un point de la gencive supérieure et sur le palais, nouvelles injections de trois gouttes de perchlorure de fer. Chacun de ces deux points, qui était mou, devient en une minute solide dans l'étendue d'un centimètre et demi. Douleur vive pendant vingt-quatre heures. Au bout de trois jours, les ponctions se sont ulcérées ; les plaies se sont agrandies et ont eu chacune jusqu'à un centimètre d'étendue.

Le 15 septembre, elles étaient cicatrisées.

Aujourd'hui, 1er octobre, si on compare l'état actuel du malade avec ce qu'il était il y a dix mois, avant les diverses opérations qu'il a subies, on voit que la lèvre supérieure est tout aussi vasculaire, et plus volumineuse ; les gencives sont fongueuses, boursouflées, et recouvrent les faces interne et externe de la couronne des dents du côté droit de la mâchoire supérieure. Les gencives, qui au niveau des dernières grosses molaires étaient saines, participent à l'altération. La muqueuse du palais a au moins triplé d'épaisseur ; elle est plus molle, plus fongueuse. Enfin la sertissure des gencives de la moitié droite de la mâchoire inférieure, qui était parfaitement saine, commence à se boursoufler ; et, pour ne rien omettre, la tumeur fongueuse développée au niveau de la seconde incisive supérieure s'est reproduite avec plus de rapidité, et a le volume d'une noix.

La maladie est donc en voie de progrès, et de progrès rapide. L'emploi du fer rouge et du perchlorure n'a en aucune manière entravé sa marche.

L'enfant ayant eu peu après sa naissance une variole confluente, il n'y a pas à songer à la vaccination, qui dans le cas actuel serait applicable à la joue et à la lèvre, mais non aux gencives, à la voûte palatine et à l'intérieur de la narine.

Que convient-il donc de faire ?

M. Guersant distingue deux variétés principales de tumeurs érectiles : les unes sont superficielles et bornées à la peau, les autres envahissent profondément les organes sous-jacents, muscles, muqueuses et jusqu'aux os eux-mêmes. Dans le premier cas un grand nombre de moyens curatifs peuvent être employés avec succès ; mais dans le second il faut s'abstenir de toute tentative. Dans le cas actuel on ne saurait tirer avantage de la ligature de la carotide ; il faut continuer les palliatifs.

Quelquefois, en effet, ces tumeurs restent stationnaires. M. Guersant cite des cas de diathèse érectile dans lesquels il s'est abstenu de toute tentative par prudence.

M. Marjolin a observé un fait semblable sur un enfant affecté de coxalgie. Il y a des tumeurs aux lèvres, dans la bouche, aux joues ; un épulis érectile siége à la gencive et saigne de temps en temps avec une grande abondance. Le malade ne souffre pas, et M. Marjolin évite toute opération.

M. Chassaignac reconnaît qu'il ne faut pas toucher à ce genre de tumeurs quand elles ne déterminent pas de troubles ; mais, quand elles s'accroissent et fournissent des hémorrhagies, quand enfin,

comme dans le cas de M. Notta, on a échoué dans les premières tentatives et que malgré les efforts du chirurgien le mal fait des progrès, que faut-il faire? Pour lui, il pense que l'on n'a pas insisté suffisamment sur le perchlorure de fer. Quant aux tumeurs gengivales, il conviendrait de les cautériser plutôt que de les détruire par la ligature.

La ligature de la carotide ne lui paraît pas indiquée.

M. Richet se range à cette opinion, et fait remarquer que M. Notta a été en quelque sorte contraint à opérer par les hémorrhagies et les progrès dont cette tumeur était le siége.

M. Bouvier demande s'il existe des faits qui établissent l'influence de la menstruation sur le développement de ce genre de maladie. Il a observé une dame qui portait à la lèvre inférieure la cicatrice d'une tumeur variqueuse datant de la naissance et qui pendant la jeunesse avait fourni plusieurs hémorrhagies. Cette tumeur s'était effacée complétement à la première menstruation.

M. Follin raconte à ce propos un fait d'un autre ordre : une dame était affectée d'une tumeur érectile peu développée à la lèvre; elle devint enceinte; pendant ce temps, la maladie s'accrut, et M. Follin se vit forcé d'enlever une partie saillante et isolée de cette production, qui devenait très gênante. Cette petite opération se fit facilement et heureusement. L'accroissement de la maladie continua; mais après les couches, il cessa, et la tumeur revint à son volume primitif.

M. Verneuil pense qu'il est cruel d'abandonner un malade sans chercher à s'opposer aux progrès de la lésion qu'il porte; on est aujourd'hui en possession d'hémostatiques puissants. On tente des opérations hardies pour des affections qui par leur nature laissent des chances restreintes de succès ultérieur, et l'on a peine à s'abstenir quand la mort doit être le seul fait de la perte de sang. MM. Chassaignac et Richet ont déjà parlé du perchlorure de fer et des caustiques : ne pourrait-on pas insister sur ces moyens? La tumeur dont parle M. Notta se compose de deux parties : l'une, extérieure, qui a envahi la joue et les lèvres; l'autre qui siége sur les muqueuses gengivale, palatine et nasale. Ne serait-il pas possible de traiter par le perchlorure de fer la partie extérieure d'abord? Pour cela, on pourrait répéter les injections, mais en modifiant un peu la manière dont cet agent a déjà été employé par M. Notta. On pourrait faire d'abord à la circonférence de la tumeur une série d'injections à très petite dose, deux gouttes, par exemple, à quelques centimètres les unes des autres et à quatre ou cinq jours d'intervalle, jusqu'à ce que, par ces opérations successives et persévérantes, on soit arrivé à oblitérer les

vaisseaux variqueux de la lèvre et de la joue. Les tumeurs érectiles profondes ne seraient-elles pas attaquables par des caustiques plus énergiques que le fer rouge? le chlorure de zinc, par exemple; enfin, la lésion profonde étant bornée à une moitié de la mâchoire supérieure, ne serait-il pas possible, si l'on parvenait à guérir la tumeur extérieure, de détruire par une opération les points affectés profondément? Certes tout cela est grave, le succès est hypothétique; mais si la mort est réellement menaçante, la hardiesse du chirurgien est justifiable.

M. Forget croit qu'il est impossible de se prononcer sans avoir vu et examiné le malade; quoique dans ce cas un conseil soit difficile à donner, il aurait peu de confiance dans le perchlorure de fer, qui a paru plus nuisible qu'avantageux dans le fait actuel et dont l'effet est détruit par la résorption des caillots. En présence des succès qui ont été tirés de l'emploi du froid contre le cancer et publiés dans ces derniers temps, il se demande s'il ne serait pas préférable d'employer la glace comme palliatif et de l'appliquer incessamment et à de courts intervalles.

M. Verneuil fait remarquer que, sans parler ici des succès fort douteux de la glace dans les cas de cancer, ce moyen a été opposé bien des fois aux tumeurs érectiles et sans résultats avantageux.

— M. Gosselin lit un rapport sur divers travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres. Parmi ceux-ci se trouve un procédé nouveau de tamponnement des fosses nasales dans les hémorrhagies graves, procédé destiné à remplacer l'emploi de la sonde de Belloc.

Voici en quoi il consiste:

Une sonde ouverte par les deux bouts et entourée à l'une de ses extrémités de quelques morceaux d'éponge est fixée au moyen d'un fil plusieurs fois enroulé dans l'intérieur d'une baudruche, de telle façon que l'extrémité garnie d'éponge plonge dans la cavité membraneuse dans une étendue de 10 à 12 centimètres, l'autre extrémité reste libre à l'extérieur.

L'appareil, préalablement huilé, est conduit d'avant en arrière dans la cavité nasale qui fournit l'hémorrhagie jusqu'au niveau de la narine postérieure; on injecte par l'extrémité libre de la sonde de l'eau froide ou une solution de perchlorure de fer. L'éponge s'imbibe, se gonfle; la baudruche se distend, remplit une partie de la cavité nasale, ferme ses deux ouvertures et oblige le sang à s'y accumuler. La réfrigération favorise ici l'action de la compression; pour empêcher l'eau de ressor-

tir, l'extrémité de la sonde est élevée et fixée au bonnet ou bien bouchée avec un fausset.

L'appareil est retiré le lendemain; on le réapplique au besoin.

M. Maunoury, pour faire valoir les avantages de son procédé, le compare au tamponnement par la méthode ancienne, dont il fait ressortir les inconvénients.

Le rapporteur accorde volontiers la préférence au procédé nouveau. Cependant il regrette que l'auteur paraisse ignorer que des modifications semblables, quoique peut-être moins efficaces, ont déjà été proposées par MM. Martin Saint-Ange et Gariel. La comparaison d'ailleurs aurait été favorable à l'instrument de M. Maunoury, qui présente plusieurs avantages : 1° il est peu dispendieux; on se le procure aisément, et l'on peut le construire assez vite soi-même; 2° il peut agir non-seulement par compression, mais aussi par réfrigération, surtout si l'on injecte de l'eau glacée au lieu d'eau froide ordinaire; 3° l'auteur admet également un troisième avantage, qui n'a point été vérifié par la commission, mais qui est admissible, c'est que certaines solutions astringentes, celle de perchlorure de fer en particulier, peuvent passer lentement par exosmose à travers la baudruche et agir comme hémostatique direct sur la pituitaire.

M. Maunoury cite à l'appui plusieurs observations intéressantes qui prouvent l'efficacité de son procédé.

En résumé, le mode de traitement de M. Maunoury paraît supérieur de beaucoup au procédé ancien, et préférable sous plusieurs rapports à quelques-uns des procédés récents. Mais une question préalable, que l'auteur, avec la plupart des chirurgiens, a laissée de côté, paraît dominer tout le sujet. Le tamponnement antérieur et postérieur est-il aussi souvent nécessaire qu'on paraît le croire? Le tamponnement antérieur bien fait ne serait-il pas suffisant dans la plupart des cas? C'est une question qu'on est souvent à même de se poser lorsque, aux prises avec des épistaxis graves, on est dans l'alternative de recourir à l'ancien procédé ou de tamponner seulement en avant. Trois fois M. Gosselin, ayant préparé tout pour le tamponnement complet, essaya provisoirement le tamponnement antérieur, qui fut efficace et suffisant. Une fois c'était pour une épistaxis abondante survenue quelques heures après l'arrachement de polypes muqueux. Dans les deux autres cas il s'agissait d'épistaxis symptomatiques d'une fièvre typhoïde.

Dans les trois cas il s'est contenté de remplir la paroi antérieure d'amadou et de charpie, et de maintenir le tout avec une

compresse étroite attachée au bonnet. Dans les deux derniers, les malades étaient couchés ; on les engagea à tourner la tête en avant et du côté correspondant à l'hémorrhagie, de manière à rendre plus difficile la chute du sang dans le pharynx. Cette position a pu sans trop de gêne être gardée quelques heures, au bout desquelles les malades ont repris celle qui leur convenait le mieux. Aucun d'eux n'a vu l'hémorrhagie reparaître, et l'appareil a pu être enlevé le lendemain. Les choses se passeraient-elles toujours aussi heureusement? M. Gosselin ne voudrait pas l'affirmer; mais il est bon de savoir que dans certains cas au moins, où bien des praticiens songeaient à faire le tamponnement complet, le tamponnement antérieur, toujours beaucoup plus commode pour le patient, peut suffire. C'est pourquoi il répète ici le conseil qu'il a formulé dans le *Compendium de chirurgie*, de concert avec M. Denonvilliers, de commencer toujours par le tamponnement antérieur, puis de surveiller attentivement les malades, et de faire plus tard, si l'on acquiert la conviction que le sang est avalé, le tamponnement complet. En suivant ce précepte, on épargnerait à la plupart des malades un mode de traitement plus désagréable.

M. Gosselin termine son rapport par les conclusions suivantes, qui seront mises aux voix dans la séance prochaine :

1° Renvoyer le travail de M. Maunoury au comité de publication;

2° Accorder à l'auteur le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

— La discussion s'engage sur le rapport de M. Gosselin.

M. Chassaignac regarde comme dangereux le séjour de la charpie dans les fosses nasales. Ce corps étranger, laissé pendant plusieurs jours chez un vieillard auprès duquel il fut appelé, détermina une inflammation vive accompagnée d'une suppuration énorme et d'une fétidité insupportable. La mort s'ensuivit.

M. Gerdy regarde le fait précédent comme fort exceptionnel, car les cavités muqueuses supportent bien le contact, même prolongé, de la charpie. Les différences individuelles sont si grandes, qu'il a observé un cas dans lequel l'emploi du fer rouge augmentait l'hémorrhagie, au lieu de l'arrêter.

M. Broca a vu toujours le tamponnement antérienr réussir et suffire. A l'Hôtel-Dieu, on avait coutume de maintenir la charpie et de fermer les narines à l'aide du serre-nez métallique dont on se servait autrefois quand on faisait respirer l'éther par la bouche.

M. Demarquay ne voit rien de mieux que le procédé ancien; il ne l'a jamais vu échouer, si ce n'est dans un cas où le sang était si fluide

qu'il sortait par les points lacrymaux, et que cet écoulement si minime parvint néanmoins à amener la mort.

M. Chassaignac n'attaque pas les procédés de tamponnement antérieur; cependant quand on se décide à tamponner les fosses nasales, c'est après avoir épuisé toutes les ressources. Le cas alors est grave, et une hémorrhagie de plus peut amener la mort. Il serait peut-être alors imprudent de se contenter de ces procédés, évidemment moins sûrs que l'ancien.

M. Gosselin répond à ces diverses objections. Pour éviter que la charpie séjourne trop longtemps, on prend la précaution de fixer les bourdonnets à un fil, qui permet toujours de les retirer aisément. Il insiste sur les difficultés et les désagréments du tamponnement classique. Il rappelle les vomissements, les nausées, l'anxiété, la gêne qu'occasionne le tampon postérieur, la suppuration fétide, etc., etc., sans parler des difficultés qu'on éprouve, surtout chez certains sujets, à faire passer le tampon derrière le voile du palais, etc., etc.

Peut-être le tamponnement antérieur est-il moins certain dans les cas extrêmement graves, mais à coup sûr il est suffisant dans la majorité des cas. Il faut donc l'employer d'abord, et surveiller.

M. Demarquay reconnaît que le procédé ancien est difficile à exécuter, surtout dans le temps qui consiste à engager le tampon postérieur derrière le voile du palais, ce qui tient à ce que la boulette de charpie que l'on emploie est généralement trop volumineuse. En se servant, comme il a coutume de le faire, de tampons fort petits, cet obstacle n'existe plus, car on peut les porter aisément avec le doigt jusqu'à l'arrière-narine.

M. Gerdy est d'avis que cette opération est généralement mal faite. Plusieurs fois il a réussi, alors même que des élèves instruits avaient échoué. Non-seulement il faut employer des tampons postérieurs volumineux, mais encore il faut avec le doigt les conduire jusqu'à l'arrière-narine, puis les enfoncer très exactement dans cet orifice. Il prend donc une masse de charpie plus grosse que le trou à boucher; il l'enduit de cérat et de colophane, et l'enclave avec soin dans l'ouverture. Avec ces précautions, on réussit sûrement.

M. Gosselin termine en faisant remarquer que si les petits tampons de M. Demarquay rendent la manœuvre aisée, ils sont inaptes à boucher l'ouverture postérieure, et que les succès doivent, dans ces cas, être dus sans doute au seul tamponnement antérieur.

— M. Marjolin montre à la Société des végétations de la racine du gland et du prépuce qui proviennent d'un enfant de sept ans. Déjà

elles ont été excisées sans succès. Pour prévenir une nouvelle récidive, M. Marjolin les a coupées à la base et a cautérisé les plaies avec le perchlorure de fer. Il était difficile de croire à la nature syphilitique de ces végétations ; cependant on a appris que ce jeune garçon avait eu des rapports avec une petite fille affectée d'un écoulement.

M. Verneuil a examiné la structure de ces végétations. Molles, friables, très vasculaires, elles sont constituées par des papilles hypertrophiées, simples ou digitiformes ; elles renferment dans leur intérieur un réseau capillaire très riche, et sont recouvertes par une couche épaisse, mais peu cohérente, d'épithélium pavimenteux, analogue à celui qui recouvre le gland, mais qui s'en distingue par différents caractères, tels que l'état granuleux, le développement considérable des noyaux, etc.

— M. Demarquay montre le testicule d'un homme de 35 ans. C'est un exemple de cancer encéphaloïde très bien caractérisé. Il a été examiné au microscope par M. Robin, entre autres. Il y a quatre ans, ce malade fut déjà opéré ; le testicule droit fut enlevé, il était également cancéreux.

M. Denonvilliers cite à ce propos un fait analogue. Un jeune homme d'une bonne constitution était affecté d'une double tumeur des bourses atteignant un volume très considérable. Les deux testicules étaient envahis, mais les téguments étaient sains, et on ne trouvait rien dans l'abdomen. Néanmoins le diagnostic de cancer fut porté. Une première opération fut faite. L'examen à l'œil nu et l'inspection microscopique faite par M. Verneuil ne laissèrent aucun doute sur la nature cancéreuse du mal.

La cicatrisation de la plaie ne s'en fit pas moins rapidement. L'état général était bon, et, chose remarquable, la tumeur du côté opposé parut décroître très notablement. Peut-être ce fait était-il un exemple de rétrocession de cancer. M. Denonvilliers suivait donc avec intérêt ce malade. Mais au bout de trois mois cette amélioration trompeuse avait disparu. Les progrès recommencèrent. La tumeur devint volumineuse ; des masses cancéreuses se développèrent dans l'abdomen, et la mort ne tarda pas à survenir.

Ces deux cas sont dignes d'intérêt sous plusieurs rapports ; ils constituent une exception assez rare pour qu'on ait songé à poser en loi que le cancer n'envahit jamais qu'un seul testicule.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

Séance du 11 octobre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant montre une femme qui a été atteinte de brûlures multiples ; l'une d'entre elles, qui a porté sur le visage, a déterminé un double ectropion des plus complets de l'œil gauche. Cette malade entrera dans le service de M. Denonvilliers, qui rendra compte à la Société des tentatives opératoires qu'il jugera à propos de faire.

— M. Jarjavay présente un enfant de vingt mois, du sexe féminin, et qui porte à la lèvre inférieure une tumeur érectile veineuse congéniale ; cette tumeur n'est pas très développée, mais elle occupe toute l'étendue du bord libre. L'enfant a été vaccinée. M. Jarjavay demande l'avis de la Société sur l'opportunité de l'opération et sur le choix de la méthode.

M. Guersant a déjà vu quatre ou cinq faits semblables. Il a recours en pareil cas à l'emploi des aiguilles rougies à blanc. Sept ou huit piqûres sont faites dans la tumeur à chaque séance; quatre ou cinq séances répétées de quinze jours en quinze jours suffisent pour amener la guérison.

M. Monod appelle l'attention sur les résultats très avantageux fournis dans ces cas par les injections de perchlorure de fer : il traite en ce moment une petite fille affectée d'une tumeur érectile veineuse dans la région du dos; une seule injection de deux gouttes de perchlorure de fer a amené une guérison probablement complète. La tumeur est dure dans tous les points ; elle ne se gonfle plus sous l'influence des cris et des efforts.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Depaul, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, écrit pour être porté sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

— M. le docteur Mathijsen adresse un travail manuscrit sur l'emploi de l'appareil plâtré pour les fractures.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. Zandick (de

Dunkerque), un travail inédit d'obstétrique composé de deux observations ; l'une est relative à un monstre acéphale, l'autre à un accouchement laborieux, et chacune d'elles est suivie de réflexions pratiques.

M. Zandick, ancien chirurgien militaire, est depuis longtemps attaché à l'hôpital civil de Dunkerque, et sollicite de la Société le titre de membre correspondant.

Commission : MM. Larrey, Gosselin, Danyau.

— M. Larrey dépose aussi sur le bureau, de la part de M. A. Bertherand, médecin principal à l'hôpital du Dey à Alger, trois brochures dont voici les titres :

1° *Des pansements des plaies sous le rapport de leur fréquence et de leur rareté ;*

2° *Des plaies d'armes à feu de l'orbite ;*

3° *Traité des adénites idiopathiques.*

M. Bertherand soumettra encore au jugement de la Société, par l'entremise de M. Larrey, un fait de ligature de la carotide primitive pour une blessure compliquée de la face par arme à feu.

L'auteur de ces divers travaux sollicite enfin le titre de membre correspondant.

Commission : MM. Lenoir, Giraldès, Desormeaux.

— L'ordre du jour appelle le scrutin sur les conclusions du rapport lu par M. Gosselin dans la dernière séance sur les travaux de M. Maunoury (de Chartres).

Les conclusions sont adoptées, et M. Maunoury est nommé membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

RAPPORT.

M. Monod lit un rapport sur la nouvelle ceinture hypogastrique proposée par M. Pouillien. Cet appareil diffère de ceux qu'on emploie ordinairement, parce qu'il est composé de deux pièces mobiles et réunies sur la ligne médiane, à distance toutefois : d'où il résulte que la pression ne porte pas sur la ligne blanche, mais sur ses côtés.

L'auteur voit dans cette modification les avantages suivants : la vessie peut se distendre sans peine au-dessus des pubis sans être gênée par la pelote médiane de la ceinture ordinaire. La pression est plus efficace sur les parties latérales que sur la ligne médiane, où elle est entravée par la résistance de la ligne blanche. La présence des pelotes sur les côtés met à l'abri des hernies crurales, à la production desquelles la ceinture ordinaire expose. Enfin cet appareil est préfé-

rable parce que la pression ne porte pas sur l'utérus lui-même, mais seulement sur la masse intestinale, qui de cette façon est soutenue et ne presse pas sur la matrice.

M. Gosselin. Dire que la ceinture hypogastrique agit sur l'intestin en l'empêchant de presser sur l'utérus n'est qu'une assertion; de concert avec M. Chassaignac, il a adopté une opinion tout opposée. Il est impossible de presser sur l'abdomen d'une manière quelconque sans que la pression s'exerce dans tous les sens dans l'intérieur de cette cavité. La masse intestinale presse donc en bas et immobilise l'utérus; c'est par ce mécanisme, qui est aussi celui de tous les pessaires, qu'elle amène le soulagement. Cette conviction d'ailleurs n'est pas seulement théorique, elle est fondée sur l'expérimentation. Si, en effet, pendant qu'on exerce une pression sur l'abdomen d'un cadavre à l'aide de la main ou d'une ceinture hypogastrique, on introduit le doigt dans le vagin ou à travers un petit trou pratiqué à la paroi abdominale, on sent manifestement l'utérus s'abaisser et devenir moins mobile sous l'influence de la pression exercée par les viscères.

Une autre assertion tout aussi contestable est celle qui consiste à dire que la nouvelle ceinture prévient la formation des hernies crurales, à laquelle l'ancien appareil prédisposerait. Cette prédisposition lui paraît douteuse; il n'a jamais vu de hernies se produire sous l'influence incontestable de la ceinture hypogastrique, et il n'a point encore entendu signaler cet inconvénient.

M. Monod répond qu'il a seulement voulu dire que la ceinture de M. Pouillien diminuait la pression de la masse intestinale en allégeant son poids. Quant à la production des hernies crurales, il n'en a pas observé d'exemples; il a entendu émettre cette opinion, qui théoriquement n'est pas inadmissible.

M. Robert n'a pas d'opinion bien arrêtée sur le mode d'action de cette ceinture nouvelle; il remarque seulement que la pression se fait sur les parties latérales en raison de la position excentrique des deux pelotes, c'est-à-dire au niveau des fosses iliaques, où les intestins sont naturellement soutenus par le fait même de la configuration de ces deux fosses. Or le but qu'on se propose est surtout de presser directement au niveau de l'organe malade, c'est-à-dire sur la ligne médiane.

On objecte que l'application de la pelote en ce point gêne le développement de la vessie; mais tout le monde sait qu'en raison de l'amplitude transversale que cet organe présente chez la femme, il peut se remplir sans dépasser les pubis.

On dit encore que la résistance de la ligne blanche empêche la pe-

lote médiane d'exercer une pression efficace ; mais chez presque toutes les femmes qui recourent à la ceinture hypogastrique, la paroi abdominale, même au niveau de son raphé fibreux, est molle, flexible et facilement dépressible.

Les avantages attribués à la nouvelle ceinture lui paraissent donc hypothétiques.

Si, comme le pense M. Gosselin, les appareils de ce genre agissaient seulement en refoulant en bas les intestins, qui de cette manière immobiliseraient l'utérus, le soulagement devrait être d'autant plus grand que la pression serait plus forte, et sous ce rapport le corset devrait amener un grand soulagement, puisqu'il exerce une forte pression sur les viscères abdominaux. Or c'est le contraire qu'on observe, car la plupart des femmes qui sont atteintes d'affections utérines ne peuvent supporter le corset ; tout le monde sait qu'on a même accusé ce vêtement de faire naître les maladies en question. Dans ce cas, la pression s'exerce de haut en bas ; si, au contraire, on presse de bas en haut et d'avant en arrière, comme le fait la ceinture hypogastrique, il y a un soulagement fréquent et quelquefois immédiat. L'opinion soutenue par M. Gosselin n'est donc pas satisfaisante, et la théorie de M. Monod paraît concorder mieux avec l'observation.

M. Boinet regarde comme incontestable le principe posé par M. Gosselin. Pour expliquer le soulagement amené par la ceinture hypogastrique, il compare cet appareil à ces larges ceintures que portent les individus qui se livrent à des efforts violents, et qui agissent seulement en diminuant la capacité de l'abdomen. La ceinture empêche le ballottement de l'utérus, et sa comparaison avec le corset n'est pas acceptable.

M Gosselin. Quelle que soit la théorie, beaucoup de femmes sont soulagées par la ceinture. Quant à l'action du corset comme cause productrice de maladies utérines ou comme augmentant les douleurs chez les femmes qui en sont atteintes, voici ce qu'il a remarqué. Les malades peuvent être divisées en deux catégories : les premières ont des douleurs épigastriques, et ne peuvent supporter le corset; les secondes ressentent des souffrances dans l'hypogastre, et tout au contraire le corset les soulage.

La détermination du mode d'action des ceintures comprend deux questions : l'une de mécanique pure, qui est résolue très clairement par la statique et par l'expérimentation directe de la manière suivante : la ceinture, diminuant la capacité de l'abdomen, augmente la

pression dans tous les sens, d'où il résulte que la masse intestinale presse, déprime, immobilise l'utérus.

La seconde question est toute clinique. Beaucoup de femmes qui portent la ceinture ne l'appliquent pas méthodiquement, de manière que la pression soit dirigée en haut et en arrière. Bien plus, quand le chirurgien a placé cet appareil régulièrement, les femmes ne s'en trouvent pas bien; alors elles le déplacent, le mettent d'une autre façon, et s'en trouvent mieux.

M. Debout reconnaît à la ceinture hypogastrique trois modes d'action qui s'associent pour calmer les douleurs : la compression sur la masse intestinale, l'immobilisation de l'utérus, la protection contre les secousses de l'effort. Si, comme le pense M. Velpeau, ces secousses étaient la seule cause des douleurs utérines que soulage l'appareil, on ne comprendrait pas que certaines femmes qui ne peuvent rester un seul instant dans la station verticale immobile puissent au contraire marcher sans peine, et en éprouver même du bien-être.

M. Morel-Lavallée s'arrête peu sur la partie théorique, qui lui paraît fort obscure. Mais relativement au côté pratique de la question, il demande à M. Monod sur quoi il fonde la supériorité de la ceinture de M. Pouillien. L'a-t-il vue agir mieux que les autres? A-t-elle réussi là où les bandages ordinaires avaient échoué?

M. Monod répond à ces diverses objections, et fait tout d'abord bon marché des théories. Il ne suffit pas, comme le pense M. Gosselin, d'immobiliser l'utérus, car une pression généralisée à toute la surface de l'abdomen soulage beaucoup moins qu'une pression circonscrite appliquée à la région hypogastrique. Tous les arguments logiques seraient contre l'emploi de la ceinture, qu'on ne pourrait nier qu'elle n'agisse très favorablement dans certains cas. Il faut donc y avoir recours, même empiriquement.

Il pense cependant, avec M. Debout, que la compression qu'elle exerce calme surtout l'élément névralgique, qui, d'après ce qu'il a observé, joue un rôle important dans les douleurs qui accompagnent les affections utérines. Comme il n'a employé que cinq ou six fois encore la ceinture de M. Pouillien, il ne peut pas motiver par un nombre suffisant de faits la préférence qu'elle mérite. Il l'a appliquée, il est vrai, avec succès dans des cas où les ceintures ordinaires avaient échoué; mais, en résumé, il n'est pas absolu, et ne l'adopte pas exclusivement, car il est peut-être des cas où l'appareil ancien réussirait mieux. L'expérience aura à se prononcer.

M. Chassaignac combat à son tour, à l'aide des données de la mécanique élémentaire, l'erreur qui attribue à la ceinture hypogastrique la propriété de soulever, de suspendre la masse intestinale. Toute force qui presse sur la paroi abdominale antérieure se décompose en deux forces secondaires : l'une antéro-postérieure, l'autre verticale. L'utérus est donc refoulé en bas. Quelle que soit l'explication du soulagement, rien ne peut détruire la théorie mécanique. C'est un raisonnement faux qui a fait nier l'évidence de ce fait. En effet, dit-on, l'utérus est déjà abaissé, et la ceinture soulage : donc elle n'agit pas en pressant sur lui, car si elle l'abaissait davantage elle augmenterait les douleurs.

M. Monod termine en montrant un bandage herniaire du même inventeur. Un mécanisme particulier permet de rendre l'axe de la pelote plus ou moins oblique sur la tige, et aussi de rétrécir ou d'élargir à volonté le demi-cercle que figurent le ressort et la pelote. Cette dernière, faite en bois de tilleul, exerce une pression très douce, et n'est point sujette à se détériorer.

— M. Morel-Lavallée présente les voies aériennes d'une femme adulte qui a succombé au croup. Des fausses membranes s'étaient montrées d'abord sur le voile du palais, le pharynx ; elles avaient envahi ensuite le commencement de l'œsophage, puis la trachée et les bronches ; enfin elles s'étaient étendues jusque dans les plus petites ramifications bronchiques. Une de ces productions, de 6 pouces de long et d'une épaisseur considérable, fut détachée de l'arrière-gorge, partie à l'aide d'une cuiller, partie à la suite d'efforts de toux.

Le larynx, au contraire, renfermait peu de ces fausses membranes, et elles y étaient fort minces. La glotte était presque complétement libre. Les symptômes observés pendant la vie répondaient à ces dispositions anatomiques. L'air pénétrait bien dans le larynx, la voix et la respiration laryngo-trachéale étaient bien moins diminuées que dans le croup des enfants ; mais l'air pénétrant de moins en moins dans les vésicules aériennes, le murmure respiratoire diminua peu à peu et disparut enfin. La malade s'éteignit par suite d'une sorte d'asphyxie. Le diagnostic du siége des fausses membranes et de la marche de la maladie était si précis, qu'il n'y avait pas à songer à la trachéotomie.

M. Chassaignac combat les conclusions de M. Morel. L'absence de murmure respiratoire et un degré même très prononcé de matité ne contre-indiquent pas l'opération. Suivre un tel principe exposerait à

refuser à bien des malades la trachéotomie qui peut les sauver. Ces symptômes peuvent tenir à la présence d'un fausse membrane de la trachée qu'on peut enlever en opérant. La grande étendue des fausses membranes n'entraîne pas nécessairement la mort, puisque certains sujets ont rendu des productions de ce genre représentant la presque totalité de l'arbre aérien.

Il a, pour sa part, sauvé des malades alors même que la respiration vésiculaire manquait et que la matité était presque complète.

M. Morel-Lavallée ne rejette pas l'opération dans les conditions que M. Chassaignac vient d'énumérer ; mais dans le cas actuel, lorsqu'il était bien évident que le larynx était libre d'obstacles, la trachéotomie eût été tout à fait inutile, et il s'applaudit de ne l'avoir point pratiquée.

Le mécanisme de la mort était ici très manifeste ; l'ouverture de la trachée n'aurait empêché ni l'extension du mal dans les ramuscules bronchiques, ni les progrès de l'asphyxie.

M. Chassaignac répond qu'il a opéré dans un cas absolument semblable. La malade n'avait pas deux heures à vivre ; elle n'a succombé que quatre jours plus tard. On avait donc gagné beaucoup de temps.

M. Guersant établit une distinction fondamentale entre le croup des adultes et celui des enfants. Ces derniers sont étouffés par les fausses membranes qui obturent le larynx ; la parole disparaît, la toux est rauque, etc., etc. Chez l'adulte, il en est autrement ; la scène se passe surtout dans les poumons, et les sujets s'éteignent lentement, par la cessation progressive de l'hématose pulmonaire.

La suffocation pulmonaire et la suffocation laryngée modifient beaucoup les indications de la trachéotomie. Quand la diphthérite est générale l'opération est inutile. Il approuve donc la conduite de M. Morel dans le cas actuel.

M. Gosselin fait remarquer que les succès de la trachéotomie ont été obtenus sur des enfants ; mais que l'opération dans le croup des adultes est bien rarement heureuse.

— M. Depaul communique une observation très intéressante, avec pièce anatomique et dessin. Il s'agit d'oblitérations multiples de l'intestin. L'auteur donnera tous les détails de ce fait.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, Arist. Verneuil.

Séance du 8 *octobre* 1854.

Présidence de M. Huguier.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. Guersant insiste de nouveau sur la différence qui existe entre le croup des adultes et celui des enfants au point de vue de l'opération. Il suffit que des fausses membranes se développent sur les cordes vocales d'un petit enfant pour qu'il soit asphyxié et qu'il soit indiqué de faire la trachéotomie. Chez l'adulte, des fausses membranes sur les cordes vocales peuvent exister, et le malade n'étouffe pas pour cela. En général, les adultes ne meurent pas asphyxiés comme les enfants; leur respiration diminue graduellement, et ils s'éteignent. Chez eux, dans ces cas, il n'y a pas indication de trachéotomie, comme chez le sujet de M. Morel.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin donne communication d'une lettre de M. Mayor (de Genève), dans laquelle il annonce à la Société la mort de son père, membre associé étranger.

M. le président charge M. le secrétaire général d'écrire à M. Mayor pour lui exprimer toute la part de regrets que la Société prend dans cette triste circonstance.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Lawrence, membre associé étranger, les ouvrages suivants :

Treatise on the diseases of the eye. 3e édit. 1844;

A treatise on rupture. 5e édit. 1838.

M. Giraldès a en outre rapporté de Londres le portrait de M. Lawrence, destiné à compléter la série des portraits des correspondants et associés étrangers, et le catalogue par ordre de matières de la bibliothèque du Collége des chirurgiens de Londres.

M. le président remercie M. Giraldès au nom de la Société.

RAPPORTS.

M. Monod lit les conclusions de son rapport sur la ceinture hypogastrique de M. Pouillien. Il propose d'adresser des remercîments à ce fabricant, en l'engageant à continuer ses recherches.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Houel lit un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société par M. Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze.

Après une courte discussion, les conclusions de ce rapport sont renvoyées à la commission.

— M. Maisonneuve communique quelques détails sur des opérations de cure radicale de la hernie.

Quelque temps avant la publication faite récemment par M. Jobert, M. Maisonneuve avait essayé de guérir une hernie en refoulant les téguments du scrotum dans le canal inguinal, fixant ce cul-de-sac cutané à la peau incisée de l'abdomen et fermant par la suture la base de ce doigt de gant invaginé. Le malade guérit.

Après les tentatives de M. Jobert à l'aide de l'injection iodée, M. Maisonneuve a essayé de nouveau cette méthode ; mais pour pénétrer dans le sac avec plus de certitude que ne l'a fait M. Jobert, il traverse de part en part, après la réduction de la hernie, toutes les enveloppes. Cela fait, il retire le trocart et déplisse à la surface de la canule les membranes perforées. Il pense pouvoir engager ainsi l'extrémité de la canule dans l'intérieur du sac, et il pousse alors dans cette cavité l'injection iodée.

Le malade que M. Maisonneuve a opéré suivant ce procédé n'a point eu d'accidents, et en est aujourd'hui au douzième jour de l'opération.

M. Maisonneuve rappelle ensuite qu'un chirurgien du midi de la France a opéré déjà avec succès six malades par les injections iodées. M. Rigal a vu ces opérés.

M. Boinet rapporte qu'il est parvenu sur le cadavre à distendre le sac herniaire en l'insufflant à l'aide d'une canule percée de trous latéraux.

M. Follin rend compte d'une opération de cure radicale de la hernie qu'il a tentée à l'aide de l'injection iodée. Le malade portait depuis six mois une hernie scrotale grosse comme le poing. Cette hernie fut réduite, et l'on perfora à l'aide d'un trocart les couches herniaires jusqu'au point de conduire la pointe de l'instrument à la face profonde de la peau dans le point opposé à la perforation. Cela fait, le trocart fut retiré, et, pendant que la canule était maintenue en place, l'on provoqua la sortie de la hernie en conseillant au malade de se lever ; les intestins sortirent, dilatèrent le sac de dedans en dehors et ramenèrent dans sa cavité l'extrémité de la canule. La hernie fut de nouveau réduite et l'injection poussée dans le sac, pendant qu'un aide comprimait la partie supérieure du canal inguinal. 150 grammes de teinture d'iode furent introduits dans le sac, puis chassés au dehors

après quelques minutes de séjour : la réaction inflammatoire n'a guère été plus vive que dans l'hydrocèle. Aucun signe de péritonite. Peu à peu les parties tuméfiées ont diminué de volume en acquérant de la dureté. Mais il faut s'empresser de dire qu'une pointe de hernie se forme de nouveau, et il y a lieu de penser que dans ce cas le seul service rendu au malade sera la transformation d'une hernie volumineuse en une petite hernie.

M. Morel exprime quelques craintes sur les dangers de cette injection iodée et sur la récidive. Il fait remarquer que si le sac est oblitéré, les anneaux restent toujours élargis et peuvent laisser de nouveau passer l'intestin ; mais ce sac même pourra ne pas se fermer, car dans l'hydrocèle la tunique vaginale ne s'oblitère pas. Selon lui, cette opération n'a pas d'avenir.

M. Robert croit que par le procédé suivi par M. Follin l'on est plus sûr d'arriver dans le sac que par le déplissement que conseille M. Maisonneuve. Toutefois il craint aussi les récidives. De même qu'on voit se former des hernies à plusieurs collets, de même on peut voir une hernie se former au-dessus du sac oblitéré. La condition la plus sûre de la guérison, c'est lorsque l'iuflammation provoquée par les manœuvres opératoires va jusqu'aux plans fibreux et amène la rétraction des anneaux.

M. Gerdy rappelle plusieurs guérisons obtenues par son procédé et qui datent de neuf, onze, quatorze, dix-sept ans. Il opéra et guérit d'une hernie inguinale un malade qui, quinze ans après, vit apparaître une hernie du côté opposé. M. Gerdy ne crut point devoir opérer cette seconde hernie ; mais ce malade est resté sans récidive du côté primitivement opéré ; cependant cet homme n'a point évité les efforts violents, et dans une chute il s'est fracturé le col du fémur.

M. Cloquet insiste sur le mécanisme de la guérison des hernies ; c'est, selon lui, par le seul resserrement des anneaux fibreux que cette guérison a lieu. Les hernies sont entretenues par la largeur de ces anneaux ; la locomotion du péritoine y est pour peu de chose. Quand les enfants guérissent, c'est par le resserrement des anneaux. Appréciant ensuite les procédés qui peuvent amener cette obturation des arcades fibreuses, il pense que le procédé de M. Gerdy répond le mieux à cette indication.

M. Cloquet est moins effrayé que M. Morel des dangers de l'injection odée. Il a vu, dans un cas d'hydrocèle communiquant avec le péritoine, M. Richerand injecter deux seringues de vin dans cette séreuse.

L'on s'attendait à de graves accidents, mais le malade n'en éprouva aucun.

M. Morel a vu la cavité vaginale non oblitérée à la suite de l'opération d'hydrocèle, et il en conclut que cette cavité s'était reproduite. M. Cloquet pense que cette oblitération ne s'était pas faite. En résumé, l'injection iodée dans la cure radicale de la hernie oblitère le sac, mais ne change rien aux conditions si défavorables de l'anneau.

M. Chassaignac insiste sur les récidives fréquentes après l'opération de la hernie étranglée et aussi après celle des entéro-épiplocèles lorsqu'on a cherché à oblitérer l'anneau en y laissant un pédicule épiploïque. Il pense que les injections iodées ne sont pas inoffensives. Quant aux diverses tentatives de refoulement, elles ont un écueil : cette peau, qui, lorsqu'elle est au dehors, est épaisse , s'atrophie , s'amincit, devient presque comme une muqueuse lorsqu'elle est refoulée. Dès lors elle n'est plus un obstacle puissant à la sortie des viscères.

M. Morel répond à M. Cloquet qu'il n'a point cherché à donner d'opinion sur la non-oblitération de la tunique vaginale après l'opération de l'hydrocèle. Il a seulement voulu constater un fait.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Robert rappelle les difficultés que l'on éprouve lorsque l'on veut saisir des tumeurs placées dans une cavité profonde, comme on le voit dans les cas de polypes profonds de l'utérus , de tumeurs du col utérin, etc.

Les pinces de Museux ordinaires et même celles dont les branches s'articulent à la manière de celles du forceps sont très embarrassantes ; leurs griffes s'implantent souvent ailleurs ou autrement qu'on ne le voudrait ; elles ne se dégagent qu'avec peine et exposent le chirurgien à accrocher les parois du vagin.

Pour éviter ces difficultés et ces embarras, M. Robert avait depuis longtemps songé à un instrument à griffe qui, agissant à la manière de la main, pourrait être introduit d'abord, ayant une forme rectiligne, les pointes de la griffe abritées et susceptibles d'être inclinées à volonté sur leur tige. M. Mathieu lui a fabriqué, il y a quinze mois , un instrument qui remplit parfaitement cette indication.

Il se compose de deux branches droites articulées comme celles du forceps , terminées chacune à l'une de leurs extrémités par un anneau et à l'autre par une espèce de fourchette à trois branches , articulée, à charnière à la base , de manière à pouvoir être inclinée à angle droit sur la tige.

Un râteau mobile et glissant le long de la branche protége au besoin les pointes de la fourchette et sert à graduer leur inclinaison au gré de l'opérateur.

Cet instrument a été plusieurs fois très utile à M. Robert pour saisir des tumeurs intra-utérines ou des tumeurs du col de l'utérus dont il se proposait de pratiquer l'excision.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 23 *octobre* 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Desormeaux présente à la Société un malade atteint d'un vaste cancroïde qui s'étend de la lèvre à la partie latérale du cou. Il consulte la Société sur la conduite à tenir dans ce cas.

M. CLOQUET, tout en reconnaissant la gravité d'une semblable lésion, pense que l'absence de ganglions engorgés milite en faveur d'une tentative opératoire. L'os est, à la vérité, malade dans ce cas, mais l'opération lui paraît encore praticable.

— M. Gerdy montre à la Société un homme sur lequel il a pratiqué en 1841 son opération pour la cure radicale de la hernie.

Cet homme, qui exerce la profession de menuisier, avait porté avant son opération un bandage pendant six ans environ. Au moment où M. Gerdy entreprit de le guérir, sa hernie, qui était inguinale droite, avait le volume d'un œuf de poule. La cure radicale fut tentée le 17 mai 1841, et trente et un jours après le malade sortait guéri de l'hôpital. Il porta pendant trois mois encore un bandage comme appareil de protection, mais maintenant il ne s'en sert plus.

On distingue à peine dans l'aine droite la cicatrice produite par le passage des fils, et l'on ne reconnaît pas la trace du froncement de la peau invaginée. Les efforts n'ont rien reproduit de la hernie, et c'est à peine si dans la toux le choc des intestins est plus sensible à droite qu'à gauche.

La plupart des membres de la Société constatent l'exactitude du fait annoncé par M. Gerdy.

M. CLOQUET fait remarquer qu'en refoulant avec le doigt la peau du

scrotum on pénètre un peu dans le commencement du canal inguinal, et qu'alors on sent mieux pendant la toux une légère propulsion des viscères. Il ne trouve sur la région inguinale aucune indication de la peau refoulée, et demande à cet égard quelques renseignements à M. Gerdy.

M. Gerdy. Ce qui vient de frapper l'attention de M. Cloquet est un fait général. L'on se trompe souvent sur le mécanisme de la guérison des hernies après le refoulement de la peau. Ce n'est point en effet par une oblitération mécanique que la peau refoulée retient les viscères; il se passe là un phénomène d'inflammation rétractive.

M. Gerdy raconte alors qu'un malade opéré par lui fit tomber, deux jours après le refoulement, les chevilles qui servaient à fixer la suture enchevillée. Les téguments se déplissèrent, et la hernie s'étrangla en sortant. La peau, amenée au dehors, parut très amincie, et les trous qui donnaient passage aux fils étaient déjà agrandis par absorption ulcérative. La hernie fut réduite. Déjà le canal inguinal était rétréci, et l'on ne pouvait plus y introduire le petit doigt. Deux jours avant deux doigts pouvaient y pénétrer. Ce malade guérit sans qu'on refoulât de nouveau les téguments.

Evidemment la guérison ne peut pas être rapportée à l'oblitération du canal par la peau refoulée, mais bien à une rétraction inflammatoire des tissus cellulaire et fibreux du canal et des anneaux.

Dans certains cas, la peau refoulée disparaît sans se déplisser à l'extérieur; dans d'autres, la peau se rétracte peu à peu, finit par ressortir du canal, et montre au dehors les trous ulcéreux produits par le passage des fils. Malgré ce déroulement de la peau, il reste un cordon induré, qui est le tissu cellulaire enflammé.

M. Cloquet trouve très intéressantes les remarques faites par M. Gerdy sur la disparition progressive de la peau, et il compare ce qui se passe dans ce cas à ce qu'on observe quand on laisse l'épiploon dans le canal à la suite de l'opération pour la hernie étranglée. Ici, M. Cloquet rapporte un fait de hernie étranglée qui nécessita l'excision de l'épiploon. Le pédicule épiploïque, resté dans la plaie, ne se résorba point, et on le sentait encore plusieurs années après l'opération. Cela tient sans doute à une différence dans le mode de nutrition de l'épiploon et des téguments.

M. Gerdy rappelle que, dans l'espoir d'obtenir plus sûrement la rétention de la peau refoulée, il a plusieurs fois réuni la base du cul-de-sac. Cette modification du procédé primitif, proposée plus tard aussi

par M. Coste (de Marseille), n'a point empêché l'amincissement progressif de la peau.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Depaul, chirurgien des hôpitaux, écrit pour être porté sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire. A l'appui de sa candidature, il adresse une observation d'anévrisme spontané de l'artère poplitée guéri par la compression, et une observation d'anus artificiel pratiqué chez un enfant nouveau-né. (Commissaires : MM. Lenoir, Huguier, Danyau.)

— M. le professeur Stœber (de Strasbourg) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur les inhalations du chloroforme dans les opérations pour les maladies des yeux. (Commissaires: MM. Morel-Lavallée, Chassaignac.)

RAPPORTS.

M. Broca lit le rapport suivant sur la candidature de M. le docteur Rothmund (de Munich) :

M. le docteur Rothmund, directeur de la clinique chirurgicale et ophthalmologique de la Faculté de Munich, a sollicité le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, et nous a fait parvenir, à l'appui de sa candidature, son *Traité de la cure radicale des hernies inguinales réductibles* (1).

La position qu'occupe M. Rothmund, la notoriété de son talent, l'honorabilité de son caractère, et la valeur reconnue de l'œuvre qu'il nous a envoyée nous permettraient à la rigueur de vous proposer sa nomination dans un rapport de quelques lignes, mais l'importance de la question chirurgicale qu'il a traitée dans son livre et l'intérêt d'actualité qui s'y rattache nous ont donné le désir de faire connaître à la Société les résultats pratiques consignés dans cet ouvrage, écrit du reste en langue étrangère, et accessible par conséquent à un très petit nombre de lecteurs français.

Pour arriver à établir la supériorité de la méthode à laquelle il a emprunté le procédé qu'il a mis en usage, l'auteur commence par tracer l'histoire, aussi complète qu'on puisse la désirer, des innombrables opérations qui ont été pratiquées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours dans le but d'obtenir la guérison radicale des hernies. Il parle successivement des divers procédés de cautérisation, de la ligature,

(1) *Ueber Radical-Operation beweglicher Leistenbrüche*, mit 8 Kupfertafeln. München, 1853, in-8, p. 172.

de la castration, de la fixation du testicule dans le canal inguinal, de la suture, de l'incision, de la scarification de l'anneau à l'air libre ou par la méthode sous-cutanée, des injections irritantes, de la méthode de Belmas et de ses dérivés, enfin de l'occlusion du canal inguinal par un lambeau autoplastique, telle qu'elle a été exécutée par Dzondi, Jameson et Dieffenbach.

Nous ne le suivrons pas dans les détails historiques où l'a conduit l'étude de ces nombreuses méthodes. Nous dirons seulement que la méthode des injections irritantes, créée par M. Velpeau et récemment exécutée par M. Jobert, a été l'objet de tentatives assez nombreuses en Allemagne; que Schreger a employé les injections de vin rouge, et plus tard les simples injections d'air, suivant un procédé qui offre la plus grande analogie avec le procédé employé plus tard par M. Baudens pour la cure de l'hydrocèle; que Walther, craignant de produire une irritation trop forte, a donné la préférence aux injections de sang humain, parce que ce liquide est moins hétérogène (*sic*) que les autres substances injectées; tandis que Pancoast, craignant de ne pas produire une irritation suffisante, a employé la teinture de cantharides, après avoir d'abord expérimenté les injections iodées suivant le procédé de M. Velpeau. Il y a huit ans déjà que les recherches de Pancoast ont été publiées, et voilà pourquoi sans doute elles étaient déjà oubliées, lorsque la méthode des injections irritantes a paru nouvelle en France il y a quelques mois.

Après avoir tracé l'histoire des autres méthodes, l'auteur arrive enfin à la méthode de l'invagination, qui a été le point de départ de la plupart des perfectionnements modernes.

« Une nouvelle ère, dit-il, a été ouverte par M. Gerdy, qui pour la » première fois a émis et appliqué l'idée féconde de l'invagination (p. » 26)..... Cette nouvelle méthode, ajoute-t-il plus loin, eut un grand » retentissement; elle remit en honneur la cure radicale des hernies. » Aussitôt plusieurs chirurgiens s'empressèrent de l'exécuter et de la » perfectionner. » (P. 28.)

On va voir, en effet, que la plupart des procédés de cure radicale que l'Allemagne a vus naître depuis quinze ans ne sont que des dérivés de la méthode de M. Gerdy.

Après avoir décrit avec le plus grand soin le procédé employé par notre savant collègue, M. Rothmund se sert, pour en apprécier la valeur, des résultats obtenus à Fribourg par M. Hecker, qui a appliqué le procédé de M. Gerdy dans toute sa pureté. M. Hecker est arrivé aux trois conclusions suivantes:

1° L'opération n'expose les malades à aucun danger, à aucun accident grave. Le gonflement inflammatoire du testicule et l'œdème du scrotum ont été observés quelquefois ; mais on les a combattus avantageusement par la compression méthodique exercée avec des bandelettes de sparadrap, suivant le procédé de M. Fricke.

2° Le tiers des opérés ont été guéris radicalement. Les hernies récentes sur des sujets encore jeunes sont celles qui ont donné sous ce rapport les meilleurs résultats.

3° Les changements que subit ultérieurement le bouchon de peau invaginée sont les suivants. Sous l'influence des cautérisations par l'ammoniaque, cette peau se tuméfie et forme bientôt un bouchon épais et compacte qui semble confondu avec les parties environnantes. On trouve aussi au voisinage du canal inguinal un certain épaississement du tissu cellulaire qui est de très bon augure. Plus tard le bouchon cutané se résorbe graduellement, et les parois du canal inguinal se resserrent en même temps.

Je transcris presque textuellement ces résultats constatés par un observateur impartial. Plus loin l'auteur parle d'un malade opéré par M. Mayer suivant le même procédé. La cure a été radicale et définitive. Ces succès peuvent être rapprochés de ceux qui ont été obtenus en France, et dont M. Thierry a donné l'histoire abrégée dans sa thèse de concours (1). Nous espérons que notre excellent maître, M. Gerdy, voudra bien profiter de cette occasion pour nous donner sur le sort ultérieur de ses opérés quelques détails qui ne pouvaient se trouver dans la thèse de M. Thierry, écrite trop peu de temps après l'époque où les opérations avaient été pratiquées.

Après ces remarques sur le procédé initial de la méthode de l'invagination, M. Rothmund passe à la description des principales modifications que divers chirurgiens lui ont fait subir. Ces modifications sont au nombre de seize. Je crois utile de les faire connaître ici, me réservant de glisser rapidement sur celles qui ont déjà trouvé place dans les traités classiques. Ces nombreux modes opératoires peuvent être ramenés à trois procédés généraux :

1° Le procédé de M. Gerdy, où l'invagination est maintenue par des points de suture ;

2° Le procédé de M. Wutzer, où on maintient l'invagination à l'aide d'un instrument particulier destiné à rester en place dans le canal in-

(1) Alex. Thierry, *Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies.* Thèse de concours. Paris, 1841. In-4°, p. 76.

guinal jusqu'à ce que la peau refoulée ait contracté avec les parois de ce canal des adhérences suffisantes;

3° Le procédé de M. Mösner, ou procédé du séton. Ici l'invagination n'est que passagère ; on ne la maintient ni par des points de suture, ni par des instruments spéciaux ; elle a pour but seulement de permettre de passer un séton dans toute la longueur du trajet de la hernie.

A. *Le procédé de M. Gerdy* a donné naissance à sept modifications, qui constituent autant de sous-procédés.

1° M. *Lehmann* n'a modifié que la forme des aiguilles de M. Gerdy. Il laisse les points de suture en place pendant quatre jours, et exerce, à partir du vingt et unième jour, pendant trois à quatre semaines, une compression méthodique à l'aide d'un brayer Les résultats qu'il a obtenus par ce procédé ont été des plus satisfaisants. Ses malades, délivrés de leur bandage, ont pu sans récidive reprendre les travaux les plus pénibles. Lorsque les hernies sont volumineuses, il conseille de multiplier les points de suture. A ce propos, il cite un malade qui avait l'anneau très large ; à deux reprises différentes on fit l'opération sans succès, en plaçant chaque fois deux points de suture seulement. Une troisième opération fut pratiquée ; on plaça six points de suture. La presque totalité du scrotum resta invaginée dans le canal inguinal, et la guérison depuis lors ne s'est point démentie.

2° M. *Bruns* se sert de l'aiguille de Lehmann, et maintient l'invagination par une suture analogue à celle des matelassiers. Sa théorie diffère un peu de celle de M. Gerdy. Il ne se propose pas de fixer définitivement le bouchon cutané dans le canal inguinal ; il l'y maintient seulement jusqu'à ce que l'inflammation du tissu cellulaire contenu dans ce canal soit suffisante. Après quoi il enlève la suture, sans employer la cautérisation avec l'ammoniaque. La peau invaginée descend et se déploie peu à peu ; le scrotum reprend sa forme. Néanmoins le canal inguinal reste solidement oblitéré par des produits plastiques.

3°, 4° et 5° M. *Zeis*, M. *Schah* et M. *Schall* ont imaginé chacun une sorte de sonde à dard destinée à faciliter le placement des points de suture. Du reste, leurs procédés ne présentent rien de particulier.

6° Mentionnerai-je ici le procédé illusoire de M. Günther, qui, dans l'intention louable d'oblitérer le canal inguinal, invagine la peau du scrotum et vient la fixer par la suture enchevillée au-devant du *fascia crebriformis*, sans même la mettre en contact avec l'anneau inguinal externe? J'ai cru d'abord que cet étrange procédé avait dû le jour à quelque faute de rédaction; mais le texte est tellement clair qu'on ne

peut s'y méprendre. Ce procédé ne mérite d'être cité qu'à cause de son excentricité. Il est inutile d'ajouter qu'il n'a aucune action sur la hernie, ainsi que l'expérience l'a démontré, et qu'on aurait dû le prévoir.

7° Ce procédé n'est qu'un diminutif d'un autre procédé bien plus étrange encore, connu sous le nom de *introretroversio cornuta*, ou de *chilissochisorrhaphie*. M. Signoroni, inventeur à la fois de ce procédé et des deux noms qui précèdent, a eu la singulière idée de faire pénétrer le scrotum invaginé jusque dans le canal *crural*, et de l'y fixer par une modification de la suture entortillée. Pour cela, il repousse d'abord le scrotum dans le ventre à travers le canal inguinal, puis il le fait descendre par une sorte de cathétérisme, à travers l'anneau crural, jusque dans l'intérieur même du canal crural. Lorsqu'on y réfléchit, on finit par trouver que ce qu'il y a de plus raisonnable dans ce procédé, c'est encore le nom extravagant de *chilissochisorrhaphie*, sous lequel son auteur a cru devoir le désigner.

Les sept procédés que je viens d'indiquer ne diffèrent de celui de M. Gerdy par aucun caractère essentiel. Tous ont pour but de maintenir l'invagination par de simples points de suture.

B. *Procédé de Wutzer et ses dérivés.* — J'ai à vous parler maintenant des modes opératoires qui atteignent le même but à l'aide d'un corps étranger solide substitué au doigt indicateur et laissé en place jusqu'à ce que la peau, refoulée dans le canal inguinal, y ait contracté de solides adhérences.

Cette idée semble appartenir à M. Leroy, qui a présenté dès 1835 à l'Académie de médecine un mémoire et des instruments spéciaux destinés à maintenir l'invagination. Mais ce projet était assez généralement oublié lorsque M. Wutzer fit connaître son procédé, qui est devenu le point de départ d'un grand nombre de modifications nouvelles. Tout en reconnaissant que M. Leroy a quelque droit à la priorité de ces heureuses perfections, il nous paraît juste de dire que la chirurgie en est surtout redevable à M. Wutzer.

Huit procédés ont dû le jour à cette nouvelle idée. La plupart de ces procédés ne diffèrent les uns des autres que par la forme de l'instrument invaginateur.

1° L'*invaginaterion*, ou *kelekleison* de Wutzer, est le plus ancien de ces instruments, et c'est aussi l'un des meilleurs. Il est trop connu pour que je m'arrête à le décrire.

2° M. Sotteau y a joint une troisième branche qui constitue une complication très grande, et dont les avantages sont loin d'être démontrés.

3° M. Valette a ajouté à l'instrument de Wutzer une sorte d'arma-

ture extérieure permettant de maintenir l'invaginateur en place sans le secours de la plaque compressive de M. Wutzer. Il y a ajouté, en outre, le précepte de cautériser les parties molles sur le trajet de l'aiguille qui transperce la paroi antérieure du canal inguinal.

4° M. Le Roy-d'Etiolles maintient l'invagination d'une manière fort simple, à l'aide d'une forte pince dont les branches concaves ne se touchent que par leur sommet. L'une des branches est introduite dans le canal de la peau invaginée; l'autre agit d'avant en arrière sur les téguments qui recouvrent la partie intérieure du canal inguinal, et il suffit alors de faire mouvoir une vis située au delà de l'articulation de la pince, pour exercer une compression très forte sur l'extrémité supérieure du bouchon cutané qui remplit le canal inguinal. Cette compression peut être poussée jusqu'au point de produire une eschare, et il est clair que la cicatrice consécutive à la chute de cette eschare est de nature à maintenir solidement et définitivement la peau du scrotum dans la nouvelle position qu'on lui a donnée.

5° L'instrument que M. Max. Langenbeck désigne sous le nom de *klammer* diffère à peine de la pince de M. Le Roy-d'Etiolles; seulement les branches de cette nouvelle pince sont droites, de telle sorte qu'elles compriment uniformément dans toute leur longueur le col du sac cutané et la paroi antérieure du canal inguinal On obtient ainsi un longue eschare dont la chute laisse ce canal ouvert en avant, comme une sorte de gouttière. Une cicatrice à peu près indélébile comble ensuite cette perte de substance et ferme entièrement le trajet de la hernie. Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés jusqu'à ce jour, il n'en est peut-être aucun qui arrive aussi certainement que celui de M. Max. Langenbeck à oblitérer dans toute son étendue le canal herniaire, et à écarter les chances de la récidive ultérieure.

6° Le procédé de M. Wattmann est beaucoup plus simple que les précédents. L'invagination est maintenue par un bouchon de liége. Un fil double, fixé sur ce bouchon, traverse la paroi antérieure du canal inguinal et vient se nouer dans le pli de l'aine sur un autre bouchon de liége.

7° M. Cristopher maintient l'invagination sans le secours de la suture. Il commence par refouler à l'aide du doigt la peau du scrotum, puis il pousse dans le fond du cul-de-sac invaginé une aiguille à dard recourbé, dont il se sert pour pratiquer trois ou quatre ponctions sur la paroi antérieure du canal inguinal. Il retire alors l'aiguille et remplace le doigt par un sac imperméable en forme de doigt de gant, qu'il tamponne ensuite exactement avec de la charpie. Enfin, pour empê-

cher le tampon de redescendre, il le maintient à l'aide d'une plaque de bois qui va se fixer sur une ceinture particulière. Ce procédé est extrêmement inoffensif; mais on peut lui reprocher d'être inefficace, quoique M. Wattmann compte sur la lymphe plastique sécrétée sur le trajet des ponctions pour retenir le bouchon cutané et oblitérer le conduit herniaire.

8• Analysant et critiquant ces divers procédés, M. Rothmund trouve que celui de M. Wutzer est supérieur à la plupart de ceux qui l'ont suivi. Adoptant pleinement toutes les idées sur lesquelles repose ce procédé, il se contente d'introduire une légère modification dans la construction de l'invaginatorium ou kelekleison. On sait, en effet, que l'instrument de M. Wutzer supporte une seule aiguille destinée à rester à demeure dans l'épaisseur des chairs aussi longtemps que la tige invaginatrice séjourne dans le canal inguinal. Les adhérences se forment principalement autour de cette aiguille; cela suffit pour assurer la guérison des petites hernies; mais lorsque la tumeur est plus volumineuse et que le canal est largement dilaté, les adhérences sont trop restreintes et permettent la récidive. Pour obvier à cet inconvénient, M. Rothmund a fait construire des invaginateurs à deux et à trois aiguilles. Du reste, le mécanisme de ces nouveaux instruments et leur mode d'application sont les mêmes que dans le procédé de M. Wutzer.

Tels sont les huit procédés qui reposent sur l'idée dont la chirurgie est redevable à M Wutzer. J'ai cru devoir les rassembler en un seul faisceau, bien que M. Rothmund ait préféré les disséminer parmi les autres suivant les hasards de l'ordre chronologique.

C. J'arrive maintenant au *procédé de Mösner*, qui pourrait presque recevoir le nom de méthode, car il diffère à plusieurs titres des autres dérivés de la méthode de M. Gerdy. Pour être juste, cependant, il faut dire que ce nouveau procédé n'aurait probablement pas vu le jour sans les recherches de M. Gerdy. C'est en réfléchissant aux résultats de la méthode de l'invagination, c'est en s'efforçant d'en rendre l'application plus facile et plus inoffensive que M. Mösner a été conduit à imaginer le procédé suivant :

Le premier temps de l'opération consiste, comme dans tous les autres procédés, à invagiuer la peau du scrotum daus le canal inguinal à l'aide du doigt indicateur de la main gauche. Puis, à l'aide d'une aiguille à dard portée le long de ce doigt jusqu'au fond du cul-de-sac de la peau refoulée, l'opérateur transperce la paroi antérieure du canal inguinal. L'aiguille, chargée d'un fil simple, vient ressortir au-dessus du pli de l'aine. On la retire aussitôt en laissant le fil en place. Jus-

qu'ici le manuel opératoire est la reproduction fidèle de celui qu'emploie M. Gerdy ; mais, au lieu de se servir du fil pour faire une suture, au lieu de fixer par un moyen quelconque la peau du scrotum dans le canal inguinal, l'opérateur retire simplement son doigt. La peau, abandonnée à elle-même, descend aussitôt et reprend sa situation naturelle. Mais le fil est laissé en place comme un séton. Des deux extrémités de ce fil, l'une sort de la peau au niveau de la partie moyenne ou de la partie inférieure du scrotum, l'autre au-dessus de l'arcade fémorale, au niveau à peu près de l'anneau inguinal interne. Entre ces deux points extrêmes, le fil parcourt dans l'épaisseur des chairs un long trajet et traverse en particulier le canal inguinal dans toute son étendue.

On laisse séjourner ce séton pendant dix-huit à vingt jours, en ayant soin pendant tout ce temps de comprimer exactement sur toute la longueur du canal inguinal à l'aide d'un spica ou d'un bandage. Le fil une fois retiré, on continue encore la compression pendant quelques semaines.

Voici quelles sont les conséquences de ce procédé :

La présence du fil suffit pour provoquer dans l'intérieur du canal inguinal la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique qui remplit entièrement ce canal. La compression méthodique que l'on exerce pendant plusieurs semaines maintient la hernie réduite jusqu'à ce que cette lymphe plastique ait acquis une solide organisation et contracté des adhérences durables avec les parois du canal. Enfin, l'inflammation provoquée par la présence d'un corps étranger aussi délié et aussi flexible ne dépasse pas les limites voulues ; il se produit à peine une légère sécrétion purulente qui s'échappe à l'extérieur en suivant le trajet du fil. Les chances de la péritonite, celles des phlegmons et abcès des parois abdominales sont presque réduites à leur minimum. Suivant M. Mösner, cette opération n'est ni douloureuse, ni dangereuse, ni difficile, et elle a en outre l'avantage d'atteindre sûrement son but.

Votre rapporteur, messieurs, n'est pas éloigné de partager cette manière de voir, avec une restriction cependant. J'admets très volontiers l'efficacité du procédé de M. Mösner dans le cas de hernies petites et récentes, mais je craindrais qu'il ne fût sans action sur les hernies plus grosses et plus anciennes.

S'il fallait me prononcer *à priori* sur la valeur des divers procédés que je viens de passer en revue, je dirais d'abord que les procédés dérivés de la méthode de l'invagination me paraissent supérieurs à

tous les autres. Ils ont sur les méthodes anciennes l'avantage d'une innocuité beaucoup plus grande, et sur la plupart des autres méthodes modernes l'avantage de promettre un plus grand nombre de guérisons définitives. Le temps n'est plus, en effet, où on attribuait la formation des hernies à la laxité trop grande du péritoine. Personne n'ignore que le péritoine n'oppose à la sortie des intestins et de l'épiploon qu'une barrière illusoire. On sait, en particulier, que la véritable cause des hernies inguinales gît dans la largeur trop grande des ouvertures. Dès lors, il ne suffit pas pour guérir radicalement les hernies d'oblitérer le sac péritonéal. Cette oblitération, quelque complète qu'on la suppose, empêche la hernie de rentrer dans son ancien sac, mais ne l'empêche pas de se reproduire en refoulant au-devant d'elle une nouvelle portion de la séreuse adjacente. Je ne veux pas nier cependant que les procédés qui concentrent leur action sur le sac n'aient pu procurer un certain nombre de guérisons durables. Mais je suis convaincu que la plupart de ces guérisons se sont effectuées par un mécanisme différent de celui que l'opérateur avait en vue. L'inflammation purement adhésive qu'on voulait provoquer a dépassé les limites du sac herniaire ; elle a gagné le tissu cellulaire environnant et a donné lieu à une sécrétion de lymphe plastique qui a rempli le canal inguinal. Il me serait difficile sans doute d'établir cette interprétation sur des preuves rigoureuses; les faits anatomo-pathologiques manquent jusqu'ici, et il ne serait pas prudent de se prononcer d'une manière absolue. Mais il me semble que la physiologie des hernies dépose victorieusement en faveur de cette manière de voir.

Les procédés auxquels la méthode de M. Gerdy a donné naissance ont, au contraire, pour but d'oblitérer le trajet de la hernie à l'aide d'un bouchon organique qui occupe toute la longueur du canal inguinal. Ici on s'inquiète assez peu du sac herniaire; ce n'est point à lui que s'adresse l'opération; on s'efforce même de repousser le sac dans le ventre et de le soustraire à l'action des instruments, de manière à écarter autant que possible les chances de la péritonite.

Sous ce rapport, il y a encore quelque incertitude; les résultats obtenus par les divers observateurs ne sont pas parfaitement d'accord. Les faits cités dans l'ouvrage de M. Rothmund tendent à faire admettre que les aiguilles respectent en général le péritoine, tandis que les recherches de M. Valette le portent à croire que le péritoine est constamment intéressé (1). Cette question, du reste, est

(1) Valette. *De la cure radicale des hernies inguinales*. Paris, 1854; in-8°, p. 124, avec 3 planches.

moins importante qu'on ne pourrait le croire au premier abord. L'expérience clinique, en effet, a démontré que la péritonite était, sinon impossible, du moins excessivement rare à la suite des opérations dérivées de la méthode de M. Gerdy. Quelques malades, il est vrai, ont présenté des accidents assez graves; plusieurs même ont succombé; mais ce n'est pas la péritonite qui a été la cause de ces revers, qu'on doit mettre principalement sur le compte des inflammations diffuses de la paroi abdominale.

Ceci me conduit naturellement à examiner la deuxième partie, c'est-à-dire la partie clinique du livre de M. Rothmund. L'auteur ne se borne pas à faire connaître les résultats de sa propre pratique. Il donne le tableau de toutes les opérations radicales de hernies inguinales exécutées à la clinique chirurgicale de Munich depuis 1844.

Ce tableau renferme 181 faits, dont 7 seulement sont relatifs à des opérations pratiquées sur des femmes.

Sur ces 7 dernières opérations, il y a eu deux résultats nuls et cinq résultats heureux, dont la persistance a été constatée pour quatre d'entre elles au bout de plusieurs années.

Les 174 autres opérations ont été pratiquées sur des hommes. 140 fois on a employé le procédé de Wutzer; les 34 autres malades ont été guéris suivant le procédé de Mösner. Il n'a pas été possible de suivre tous les malades pendant un temps suffisant après l'opération, mais on a pu du moins en revoir un grand nombre, et on a obtenu des renseignements positifs sur plusieurs autres.

Voici quel a été le résultat des 140 opérations pratiquées suivant le procédé de Wutzer:

Il n'y a pas eu un seul cas de mort. *Six* malades sont restés dans le même état qu'avant l'opération. *Quatre* autres, atteints de hernies volumineuses et qu'aucun bandage ne pouvait maintenir, ont obtenu une très grande amélioration, puisqu'ils ont pu après l'opération contenir leurs hernies avec un simple brayer et reprendre sans inconvénient de pénibles professions. Ces quatre cas ne peuvent être rangés au nombre des succès complets; mais on ne saurait non plus les compter parmi les insuccès, et, si on réfléchit que ces quatre cas étaient très défavorables à cause du volume et de l'ancienneté de ces hernies incoercibles, on arrive à penser qu'ils déposent réellement en faveur de la méthode opératoire employée.

Treize malades, momentanément guéris, ont eu une récidive ultérieure; mais plusieurs d'entre eux, ayant été opérés de nouveau, ont fini par être guéris radicalement. M. Rothmund, du reste, se garde

bien de dire que le nombre des récidives ait été limité au chiffre de treize, parce qu'il avoue que beaucoup de malades ont été perdus de vue peu de temps après leur sortie de l'hôpital.

Nous avons parlé jusqu'ici de 23 opérés. « Les autres malades, continue M. Rothmund, ont obtenu l'occlusion du conduit herniaire à un point tel, que je ne puis douter que l'opération n'ait atteint son but. D'ailleurs beaucoup de ces individus vivant dans la localité, je n'aurais pu ignorer les récidives si elles s'étaient produites. Bien des fois aussi j'ai eu l'occasion de revoir les opérés *au bout de plus d'une année*, et la guérison s'était maintenue chez eux. »

Sur les 34 malades opérés suivant le procédé de Mösner, il y a eu 1 résultat nul, 1 cas de récidive, 2 cas d'amélioration simple, 1 *cas de mort*, et tous les autres ont été guéris avec des cicatrices tellement solides que la récidive est hors de toute vraisemblance.

Je voudrais pouvoir, messieurs, faire passer sous vos yeux les observations détaillées consignées en dehors des tableaux précédents dans le livre de M. Rothmund. J'aimerais surtout à placer sous vos yeux le résultat de l'autopsie de trois individus morts accidentellement plusieurs années après l'opération qui leur avait été pratiquée. La dissection a montré dans ces trois cas non-seulement que la guérison avait persisté, mais encore que l'oblitération complète de l'anneau inguinal rendait la récidive impossible.

Mais je crains déjà d'avoir fatigué votre attention. Ce qui précède suffit pour vous permettre d'apprécier l'importance de l'œuvre que M. Rothmund nous a fait parvenir à l'appui de sa candidature. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les autres titres du candidat, ni la juste renommée dont il jouit en Allemagne. La Société de chirurgie ne peut que gagner en l'associant à ses travaux.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Rothmund le titre de membre correspondant.

Après la lecture de ce rapport une courte discussion s'engage entre quelques membres de la Société.

M. Cloquet exprime de nouveau l'opinion que les guérisons sont maintenues par le resserrement de l'anneau. Ce resserrement est obtenu par la transformation en tissu fibreux de la lymphe plastique épanchée à ce niveau.

M. Giraldès demande si M. Rothmund précise l'époque à laquelle ces malades ont été revus, et il s'étonne que M. le rapporteur n'ait point parlé des faits de M. Sigmund.

M. Broca répond à M. Cloquet que dans trois autopsies d'individus

morts longtemps après leur guérison complète, on n'a point trouvé trace de téguments; c'était au niveau de l'anneau inguinal interne qu'avait lieu le resserrement. Quant à l'anneau externe, il semblait élargi, quoique bouché par de la lymphe plastique.

Si M. Broca ne s'est point servi des faits de M. Sigmund, c'est qu'il s'est élevé récemment dans un journal anglais, *the Lancet*, une discussion qui semble ôter à ces faits leur valeur. Un correspondant de ce journal cherche, sans les trouver, les faits de M. Sigmund.

M. Broca ajoute que M. Rothmund n'a point, à la vérité, indiqué l'époque à laquelle ont été revus ses opérés. C'est assurément une lacune regrettable.

M. Chassaignac demande à M. Broca quelques renseignements sur l'âge approximatif des opérés.

M. Broca répond que, d'après les observations de M. Rothmund, la guérison est le plus souvent obtenue de vingt-cinq à quarante ans. Il y a peu de faits relatifs à des enfants.

— M. Houel lit les conclusions modifiées de son rapport sur plusieurs travaux de M. Ancelon, médecin à l'hôpital de Dieuze. (Commissaires : MM. Morel-Lavallée, Laborie et Houel.)

Il propose : 1° de publier dans les bulletins un extrait de la première observation adressée par M. Ancelon, et qui est relative à une double fracture de la mâchoire.

Double fracture de la mâchoire inférieure d'abord abandonnée à elle-même.

Dans les premiers jours de février 1852, Nicolas Eschenbrenner, âgé de 49 ans, d'une constitution vigoureuse, maréchal ferrant, domicilié à Insviller (Meurthe), partie occidentale de la Lorraine allemande, se rendit chez un de ses confrères pour se faire extraire la première molaire inférieure du côté gauche. Le confrère dentiste, armé de tenailles à l'usage des pieds des chevaux, prit un point d'appui antérieurement sur les incisives de la mâchoire inférieure, et par la force de son levier, dirigé de haut en bas, brisa les deux branches horizontales du maxillaire à 2 centimètres à droite et à 3 centimètres à gauche au-devant de l'insertion des masséters, après avoir saisi la dent, qu'il ne put arracher.

Eschenbrenner, rentré chez lui plus souffrant qu'auparavant, s'aperçut, sans pouvoir se rendre compte de ce qui se passait, qu'il ne pouvait plus rien mâcher. Il se nourrit de bouillons, de panades, de laitage, et continua à se livrer à son travail habituel. Cependant, au commen-

cement de juillet 1852, n'y pouvant plus tenir, et poussé d'ailleurs par sa famille, qu'il empoisonnait par l'odeur infecte sans cesse exhalée de sa bouche, il vint se présenter à ma consultation. Les choses étaient dans l'état suivant :

Tuméfaction considérable de la partie inférieure du visage, qui donne à la tête un aspect hideux et informe; excessive mobilité du menton, avec crépitation et déplacement notables un peu en avant du bord antérieur des masséters. Point de plaies extérieures. Développement considérable des gencives inférieures, qui ressemblent à une éponge imbibée de sanie où l'on aurait implanté des dents noircies à la fumée. L'odeur exhalée par la bouche du blessé était tellement infecte, que l'on fut obligé après son départ d'aérer pendant plusieurs heures la salle assez vaste où je l'avais examiné.

A l'aspect du malade, il semble que la nutrition ait très peu souffert, et les forces n'ont pas sensiblement diminué, malgré l'abondance et la mauvaise qualité du pus.

Je proposai alors l'ablation totale du maxillaire inférieur, qui n'eut pas lieu, par suite d'un malentendu. Le blessé, ne m'ayant pas compris, retourna chez lui et reprit son travail.

Je le croyais mort, épuisé par la suppuration, quand, le 8 août 1853, il revint dans l'état suivant, demandant qu'on le débarrassât de son mal par une opération, quelle qu'elle fût.

La branche gauche du maxillaire inférieur, complétement éliminée à travers des plaies dont les cicatrices restent à la joue déformée, est remplacée par un tissu cicatriciel résistant, qui part du centre de la cavité articulaire elle-même. Ce tissu s'étend jusqu'à la portion droite horizontale du maxillaire, qui, libre dans la bouche, a environ 4 centimètres de long et conserve, encore solidement implantées, une dent canine, deux petites et une grosse molaires. La portion de gencive qui recouvre ce fragment flottant est en assez bon état. La deuxième portion de la branche droite (partie montante), sous la joue énormément gonflée et bleuâtre, tient encore à l'articulation supérieurement. Inférieurement, après avoir chevauché sur le fragment antérieur et horizontal, qu'elle rejette en dedans, elle s'est engagée par son extrémité fracturée à une profondeur de 2 centimètres environ dans les parties molles. L'angle postérieur, rejeté en dehors, a usé les tissus et se montre tout carié dans une étendue de 1 centimètre et demi environ. La plaie tégumentaire, qui communique avec l'intérieur de la bouche par un pertuis, fournit une quantité considérable de pus fétide, tachant le linge en noir.

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, ayant constaté l'isolement complet de ce grand fragment postérieur du maxillaire droit, je le dégage antérieurement des tissus par un coup de ciseaux donné horizontalement. Postérieurement, je trace, sans rien intéresser d'important, avec un bistouri, une incision semi-lunaire à concavité antérieure d'environ 6 centimètres de longueur, qui prend au-devant du milieu de l'oreille pour venir se terminer inférieurement au milieu de la plaie où l'os fait saillie; puis, par un coup de pointe, détruisant la dernière bride qui retient le condyle dans la cavité articulaire, je retire sans peine la portion d'os dont les deux surfaces sont corrodées par la carie.

Le fragment libre resté dans la bouche a contracté des adhérences et conservé des rapports qui pourront le rendre encore utile dans l'acte de la mastication, surtout s'il s'établit, à droite comme à gauche, une bride cicatricielle résistante. Eschenbrenner est retourné le jour même chez lui; il a parcouru à pied un trajet de 25 kilomètres.

Le 6 de ce mois, le malade est revenu se présenter à moi. Il a le menton très peu déformé; tout le bas de la figure est complétement désenflé; une petite fistule par où s'écoule un peu de sérosité fétide est restée au point occupé autrefois par la plaie première; elle est entretenue par une parcelle osseuse qui se détachera de la portion horizontale du maxillaire restée dans la bouche. Une bride cicatricielle s'est formée à droite comme à gauche, et Eschenbrenner utilise son fragment de mâchoire et les quelques dents qu'il supporte quand il s'agit de mastiquer.

La terminaison heureuse de cette fracture, qui semblait menacer les jours du blessé, soulève une question fort grave. Devrait-on encore proposer l'ablation totale du maxillaire inférieur à un malade qui se trouverait dans l'état où Eschenbrenner s'est présenté à moi en juillet 1852? Je suis tenté de résoudre cette question par l'affirmative.

2° De déposer dans les archives les autres communications de ce médecin.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Huguier fait part à la Société de l'observation suivante :

Nécrose centrale de l'extrémité inférieure du tibia invaginée par une nouvelle ossification ; nécrose partielle de cette dernière. — Amputation.

Millet (Etienne), quarante-deux ans, courrier, entré le 19 juillet

1854, présentait alors à la partie antérieure et inférieure de la jambe gauche une tumeur petite, peu douloureuse, mal limitée, développée sans aucun antécédent traumatique ou autre. Peu après, incision d'un point fluctuant; l'induration s'étend au voisinage de la plaie, qui devient fistuleuse. On sonde, et on reconnaît une altération de l'os. — On prescrit alors 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur et la pommade d'iodure de plomb.

Plus tard la tuméfaction, dure, profonde, s'est étendue à toute l'extrémité inférieure du tibia; les ganglions de l'aine se sont tuméfiés. On a fait des injections iodées dans la fistule.

En septembre, un abcès a été ouvert à la partie postérieure, et un autre à la partie externe de la jambe; le stylet, introduit dans la fistule primitive, traverse des portions ramollies de l'os et pénètre jusqu'à son centre.

La santé générale commençant à s'affecter, quoique le pied et l'articulation tibio-tarsienne parussent être sains et jouir de leurs mouvements, la proximité de l'article n'a pas permis de songer à d'autres ressources que l'amputation, qui a été pratiquée au lieu d'élection le 10 octobre.

La dissection a justifié cette opération; une coupe du tibia montre le centre de l'extrémité inférieure transformée en un grand séquestre qui est enveloppé par les couches superficielles de l'os, et des couches nouvelles déposées sous le périoste.

Celles-ci ont une épaisseur maximum de 6-7 millimètres, et limitent seules le séquestre à la partie antérieure de l'os, où la nécrose s'est étendue jusqu'à la surface de celui-ci. Dans les autres points, on distingue nettement les couches nouvelles du reste du tissu compacte superficiel qu'elles recouvrent. Des trajets fistuleux s'étendent à la surface, l'un en avant, l'autre en arrière, en traversant l'os nouveau. Le trajet antérieur est plus large et remarquable par un petit séquestre mobile, très spongieux, qui appartient évidemment à l'os nouveau.

La portion nécrosée du tibia présente la texture spongieuse normale; elle est grisâtre, à cellules remplies de pus (et de matière tuberculeuse?).

Une membrane granuleuse commençait à se former et séparait déjà le séquestre de la cavité médullaire.

La surface astragalienne du tibia est saine, ainsi que le tissu spongieux qui la supporte dans l'étendue de 1 centimètre. La surface extérieure de l'os, qui est beaucoup augmenté de volume, présente un périoste épaissi recouvrant la nouvelle ossification très rugueuse.

La surface de l'os présente de l'injection jusque vers sa partie moyenne.

L'articulation astragalo-calcanéenne antérieure présente des arborisations vasculaires dans la synoviale.

Le malade est aujourd'hui presque guéri.

M. Broca fait remarquer que ces nécroses des os nouveaux se voient assez souvent dans les nécroses produites par le phosphore.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 8 *novembre* 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Adolphe RICHARD montre une malade opérée d'une grenouillette, il y a deux ans et demi, par le procédé de M. Jobert. La tumeur était du volume d'un assez gros œuf, et les suites de l'opération ne furent marquées par aucun incident fâcheux. La guérison obtenue, on vit persister sur la ligne médiane un trou assez considérable dans lequel aujourd'hui on peut presque introduire le bout du petit doigt. Une sonde de femme est facilement promenée dans l'intérieur de cette cavité, qui est assez vaste, et que longent de chaque côté les conduits de Warthon.

— M. HUGUIER présente un jeune enfant de huit ans qui est atteint d'une tumeur du sinus maxillaire. Cette tumeur déprime la voûte palatine, bouche les fosses nasales, repousse la cloison du côté opposé et projette un peu l'œil en dehors.

Dans une discussion récente au sein de la Société, M. Huguier a cherché à établir qu'on pouvait, dans des cas analogues à celui-ci, enlever partiellement l'os maxillaire tout en conservant intact le plancher de l'orbite. Chez ce jeune enfant, l'on pourrait pratiquer seulement une espèce de porte au sinus en coupant le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, détachant la voûte palatine et la repliant en arrière de façon à mettre le produit morbide à nu. La tumeur enlevée, il serait très facile de remettre les os en place et d'oblitérer ainsi la communication que l'ablation complète de l'os maxillaire laisse entre la bouche et la fosse nasale ; de cette manière, une obturation devient inutile.

Cet enfant, que des exigences administratives ne permettent point

d'admettre à l'hôpital Beaujon, est renvoyé à l'hôpital des Enfants, et son histoire sera ultérieurement communiquée à la Société.

— M. Desormeaux rend compte de l'opération qu'il a pratiquée sur le malade présenté par lui dans la dernière séance de la Société. La continuité du maxillaire inférieur était complétement détruite et remplacée par le tissu morbide. La portion d'os enlevée, il n'a point été possible de boucher complétement l'ouverture produite par l'opération. Cet homme a été pris d'érysipèle.

L'examen anatomique de la pièce n'a fait voir que des cellules épithéliales.

M. Verneuil, qui a examiné cette pièce, n'y a trouvé que les éléments de l'épiderme, des cellules et des globes épidermiques. Les glandes sous-maxillaires et sub-linguales étaient saines; à la partie antérieure de la région sous-maxillaire, on a trouvé des ganglions engorgés.

M. Gerdy rappelle à propos de ce fait son opinion sur la curabilité du cancer et la valeur des observations microscopiques, car il croit que cette opinion a été mal interprétée par quelques personnes. Quant à la curabilité du cancer, il est dans le doute et ne saurait rien affirmer pour ou contre la guérison de cette maladie. Il n'est point ennemi des recherches microscopiques; mais il ne pense pas qu'il soit possible encore de rien affirmer à cet égard. Ces études doivent être poursuivies, mais elles n'ont point jusqu'alors éclairé le diagnostic des tumeurs.

CORRESPONDANCE.

MM. Monod, Giraldès, Demarquay, Broca, Richard, membres du jury des hôpitaux, écrivent pour obtenir un congé pendant la durée du concours.

— M. le docteur Anselmier présente un nouveau bandage compressif pour le traitement des bubons. Ce bandage a été construit par M. Pouillien. (Commissaires : MM. Guersant, Boinet, Michon.)

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Oré, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, une observation de fracture complète des deux os de la jambe, accompagnée plus tard de bruit de souffle. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Richet, Verneuil.)

— M. le docteur Depaul adresse à l'appui de sa candidature les divers mémoires qu'il a publiés sur divers points de chirurgie et d'obstétrique.

— M. le docteur Loir, membre correspondant, fait hommage à la Société de l'ouvrage ayant pour titre : *De l'état civil des nouveau-nés au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi.*

— M. le docteur Borelli (de Turin) adresse plusieurs observations nouvelles sur l'emploi des injections iodées. (Renvoi à la commission chargée de ces travaux.)

LECTURE.

M. le docteur Prestat, membre correspondant de la Société, donne lecture de l'observation suivante :

Messieurs, si les fractures de la mâchoire inférieure se présentent fréquemment à notre observation, il n'en est pas de même de celles de la mâchoire supérieure. La conformation de la face rend compte de cette différence. Dans les chutes ou dans les violences portées sur la figure, la saillie du nez, des pommettes, celle de la mâchoire inférieure s'offrent pour ainsi dire les premières, et protégent l'os maxillaire supérieur. Si on rencontre cette lésion, c'est le plus souvent par suite de plaies d'armes à feu, comme dans le cas de suicide. Le fait que je viens vous communiquer présente le rare exemple de la séparation complète de la voûte palatine du reste du squelette de la face. L'heureuse terminaison sans difformité de cette grave lésion m'engage à vous en entretenir, en sollicitant quelques instants de votre bienveillante attention.

Le 27 février 1848, dans une rencontre entre deux trains lancés à toute vapeur, le nommé Ch. Delacour, âgé de vingt-cinq ans, monté sur une plate-forme, fut précipité sur le coffre à charbon du tender. La face porta rudement sur le bord de ce coffre, et il en résulta une plaie avec fracture de la mâchoire supérieure.

La lèvre supérieure est séparée du nez par une fente transversale d'une longueur de 8 centimètres. Le doigt introduit dans la plaie permet de constater que la voûte palatine est séparée par une fracture horizontale du reste du squelette de la face, et représente à peu près ces palais que placent les dentistes à leur porte.

Il était facile de constater que les dents étaient intactes, que la coaptation des fragments était facile, mais qu'il était difficile d'empêcher le déplacement de se reproduire; car son propre poids entraînait la voûte palatine, qui suivait la mâchoire inférieure dans ses mouvements.

Mon collègue à l'Hôtel-Dieu, le docteur David, appelé auprès du malade, réunit par une suture entortillée la plaie de la face, soutint la

mâchoire inférieure par une fronde qui soutenait médiatement le palais, et dirigea ce malade sur l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Le malade n'avait pas perdu connaissance, et ne présentait aucun symptôme qui pût faire croire à un retentissement du côté du cerveau. Bien qu'il eût assez abondamment perdu de sang, je lui fis pratiquer deux saignées, ensemble 750 grammes. Les mouvements de la déglutition étaient fort difficiles, et ne permirent pendant plusieurs jours au malade que d'avaler à grand'peine quelques cuillerées d'eau sucrée ou d'une potion calmante.

Un gonflement énorme de la face me fit prévoir que les épingles couperaient les chairs, ce qui arriva en effet; et lorsque j'enlevai les fils, je vis qu'aucun travail de réunion n'avait eu lieu.

Une nouvelle saignée, de grands lavements émollients, pour suppléer à l'impossibilité d'étancher la soif par la bouche, des compresses froides sur la face et des sinapismes aux jambes constituèrent le traitement des premiers jours.

Vers le septième jour (6 mars), la déglutition devenait plus facile, et Delacour pouvait commencer à boire en quantité suffisante des tisanes, du bouillon, du lait coupé.

Le 10 mars, le gonflement de la face est dissipé; une suppuration de bonne nature a dégorgé les bords de la plaie. Je pratiquai la suture enchevillée au moyen de quatre rubans de fil ciré noués sur deux morceaux de sonde en gomme élastique. L'attention que j'avais eue de comprendre la presque totalité de l'épaisseur de la lèvre et du bord supérieur de la plaie était un sûr garant de l'exact rapprochement des lèvres de cette plaie.

Quatre jours après (le 14 mars), j'enlevai les points de suture; la plaie était réunie dans toute son épaisseur, et il ne restait plus qu'une plaie plate au-dessus du nez. Au bout de quelques jours elle était complétement cicatrisée.

Restait la fracture. La fronde ne maintenait les fragments en rapport que médiatement. Le moindre mouvement de la mâchoire inférieure retentissait douloureusement sur la face, et permettait l'abaissement de la voûte palatine, et pouvait ainsi s'opposer à la consolidation de la fracture.

Pour obvier à ces inconvénients, j'eus recours au moyen suivant :

Je donnai à l'extrémité inférieure de deux bandes d'argent de 2 centimètres de large sur 15 de long la forme d'un S fortement recourbé. Il en résulta deux gouttières, dont l'une était destinée à embrasser les dents, et la seconde à loger la lèvre supérieure et à

permettre ainsi l'occlusion de la bouche. Je plaçai chacune de ces bandes près de la commissure labiale sur la première molaire et la canine. Avec des pinces, je comprimai la courbure qui embrassait les dents au point qu'il fallut un léger effort pour déplacer la bande d'argent. Une fois en place, je donnai à la partie montante de cette bande une inclinaison analogue à celle de la face, et je fixai ce petit appareil au bonnet au moyen d'un ruban passé dans un chas pratiqué d'avance à cette plaque. Après quelques tâtonnements, je parvins à maintenir les fragments en rapport, et il en résulta pour le malade le grand avantage de pouvoir ouvrir la bouche pour se nourrir sans s'exposer à l'abaissement de la mâchoire.

J'en profitai pour donner au malade une nourriture plus substantielle, et notamment du hachis ou des purées de légumes.

Le 1er avril il y avait un commencement de consolidation, et le 15 je pus enlever au malade l'appareil qu'il avait porté pendant un mois sans qu'il en fût résulté rien de fâcheux pour les dents sur lesquelles il prenait un point d'appui.

Une seule chose laissait à désirer. Il s'était produit une sorte de glissement d'avant en arrière du palais, en sorte que les dents incisives supérieures, au lieu de passer devant les inférieures, étaient en arrière. Cette légère difformité, qu'on rencontre dans certaines familles, gêna notablement Delacour dans les premiers temps, puis il finit par mastiquer aussi facilement qu'avant sa blessure.

Je conservai cet homme à l'Hôtel-Dieu jusqu'au mois de mai; il en sortit ne conservant de cette blessure si grave qu'une cicatrice linéaire sous le nez, cicatrice qui se perdait à droite et à gauche dans le sillon de l'aile du nez, et un aplatissement peu marqué de la bouche.

A la suite de cette lecture, M. Michon fait remarquer que le jeune homme présenté aujourd'hui à la Société par M. Huguier sera mis par la chirurgie dans un état à peu près semblable à celui où s'est trouvé le malade de M. Prestat. L'heureuse guérison de celui-ci doit engager à faire quelque chose pour le malade de M. Huguier.

M. Morel-Lavallée rapporte trois observations de fracture de la mâchoire supérieure : deux fois par coup de poing, une fois par un coup de pierre. Dans un cas, il y eut production d'un épanchement d'air dont la nature ne pouvait pas être facilement appréciée.

M. Marjolin cite le fait d'un homme qui, pris sous une pile de bois, eut tout le maxillaire supérieur d'un côté emporté. Il resta une portion de la voûte palatine, et ce malade ne fut ni trop défiguré, ni trop gêné par cet accident.

— M. Gerdy fait part à la Société des résultats obtenus par lui dans dans la cure radicale des hernies.

C'est vers 1830 qu'il commença à s'occuper de ce sujet : il y fut presque conduit par des malades qui voulaient être débarrassés de cette pénible infirmité. Quelques chirurgiens pensent à tort que les hernies ne sont point une maladie assez grave pour nécessiter une opération; c'est là en particulier l'opinion de M. Valette, qui croit dès lors ne devoir opérer que les hernies volumineuses. Mais il existe un certain nombre de malades pour lesquels ces hernies sont un véritable supplice. D'autre part, la hernie expose toujours à un accident grave, à l'étranglement.

M. Gerdy appelle tout d'abord l'attention sur la disposition des anneaux que traverse la hernie. Lorsqu'on examine un certain nombre de hernieux, on trouve assez souvent des anneaux très rétrécis. Chez quelques-uns même on ne peut introduire le bout du petit doigt. Cette disposition a nécessité pour le refoulement de la peau la construction d'une sonde cannelée sur laquelle on glisse une aiguille.

D'autre part, les anneaux ne sont pas toujours à une égale hauteur. Chez certains individus l'anneau descend sur le pubis; on ne trouve alors qu'une ouverture très étroite; d'autres ont un canal large. De même, lorsque vous aurez opéré un hernieux, le canal peut rester étroit ou large.

M. Gerdy, appréciant ensuite la façon d'agir des opérations proposées pour guérir radicalement les hernies, les divise :

1° En opérations pour oblitérer le sac;

2° Et opérations pour oblitérer l'anneau.

L'oblitération du sac ne peut avoir aucune influence sur la guérison de la hernie, et, quoique les tentatives dans ce sens aient été nombreuses, M. Gerdy ne leur accorde point d'importance. Ceux qui voulaient oblitérer l'anneau formaient un obstacle plus marqué, quoique insuffisant, à la sortie des viscères. Il fallait aller plus loin : c'est ce qu'a fait M. Gerdy en proposant d'oblitérer le canal. Les guérisons qu'il a obtenues par son procédé ont aujourd'hui la garantie d'un assez grand nombre d'années.

M. Gerdy passe alors en revue cinq faits détaillés de guérison. Il rappelle d'abord l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, puis celle d'un jeune pharmacien opéré par lui en 1841, et qui après quelques accidents, entre autres un abcès, parvint à une parfaite guérison. En 1835, il opéra et guérit une hernie très ancienne et incoercible. Il cite aussi le fait d'une femme qui, opérée une pre-

mière fois sans succès par invagination, guérit très bien par le séton. La malade a été revue douze ans après sa guérison.

Après avoir rappelé ces faits, M. Gerdy reconnaît que chez un certain nombre d'opérés la hernie revient plusieurs mois après une guérison apparente. L'on n'obtient ici qu'une amélioration de la maladie.

Quel est maintenant le danger d'une semblable opération? La réponse de M. Gerdy est dans les chiffres suivants : il a perdu 5 malades sur 100, et à Munich M. Rothmund n'a point eu de mort à déplorer sur 140 opérations. On cite toutefois un cas de mort par le séton.

M. Gerdy, en terminant la première partie de sa communication, montre et décrit les instruments dont il se sert pour refouler les téguments et passer les fils.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Morel-Lavallée montre une pièce d'altération tuberculeuse du fémur. Une cavité, contenant des produits d'apparence tuberculeuse, existait dans l'intérieur de l'os et communiquait à l'extérieur par une fistule. Des sécrétions périostales naissaient au pourtour du point malade.

M. Huguier montre :

1° Une phalangette de l'annulaire arrachée avec le tendon du fléchisseur profond;

2° Une main arrachée complétement au niveau de la première rangée du carpe.

Il communique ensuite les détails de ces deux observations.

Arrachement de la phalangette de l'annulaire avec le tendon du fléchisseur profond.

Pierlot (Félix), quinze ans, serrurier, entré le 27 octobre. Ce malade est dans l'état suivant:

La phalangette de l'annulaire de la main gauche a disparu. Ce doigt présente une plaie où l'extrémité de la deuxième phalange fait saillie, et qui est limitée par la peau divisée nettement et obliquement de manière à être plus longue d'un centimètre à la face palmaire; la face dorsale de la phalangine est dépouillée de téguments dans sa moitié inférieure.

D'après le récit du malade, l'extrémité du doigt ayant été prise entre deux plaques de fer qui se rapprochaient fortement, il a exercé

une traction désespérée en prenant point d'appui sur le thorax. La phalangette s'est séparée dans son article, et a entraîné deux décimètres du tendon avec un peu de tissu musculaire.

On désarticule la phalangine sans toucher aux téguments.

Depuis l'accident, le malade va très bien. La plaie, qui a été rapprochée par des bandelettes, est réunie en partie; mais il n'y a eu ni douleur, ni tuméfaction quelconque sur le trajet du tendon.

Aujourd'hui, onzième jour, le malade va très bien.

Avulsion complète de la main au niveau de la première rangée du carpe, avec diverses autres lésions moins graves.

Fougeret (Denis), vingt-huit ans, mécanicien, entré le 3 novembre. Ce malade travaillait dans une usine, le pan de sa blouse a été pris par un arbre tournant, et il a été entraîné de manière à avoir fait, dit-on, une vingtaine de tours; en même temps sa main gauche s'est trouvée prise entre une partie plus épaisse de l'arbre et le mur très voisin, et a été complétement séparée de l'avant-bras. Cette partie de la machine présente probablement une saillie qui, d'après les traces qu'on retrouve, a passé obliquement sur le poignet avant d'avoir assez de prise pour l'entraîner.

Une hémorrhagie peu abondante a été arrêtée par un pansement immédiat.

Examiné le lendemain, le malade présente les lésions suivantes:

La main gauche a été séparée complétement de l'avant-bras, et a entraîné avec elle la plupart des tendons. La plaie est inégale et ne donne pas de sang; la peau qui la limite est, du côté dorsal, divisée au niveau des autres parties, c'est-à-dire à peu près à la hauteur de l'articulation médio-carpienne. Du côté palmaire et interne, elle forme un lambeau inégal d'environ 1 centimètre et demi. La surface de la plaie présente quelques caillots et les débris des ligaments et des tendons des radiaux qui ont été coupés à ce niveau; la palpation fait reconnaître qu'il reste encore quelques débris des os du carpe.

M. Huguier, considérant que la plaie pourra se réunir, enlève un de ces débris à l'aide d'une pince et du bistouri: c'est la tête du grand os fracturé.

Outre cette lésion principale, on trouve à la main droite les doigts médius et annulaire privés de leur extrémité; la perte de substance comprend la phalangette et la tête de la deuxième phalange, qui a été fracturée. Les plaies sont inégales, contuses. Le petit doigt de cette main est aussi contusionné fortement à son extrémité, et l'on-

gle arraché. Le malade ne peut expliquer le mode de production de cette lésion.

Il existe enfin une forte contusion à la face dorsale du pied gauche et une division du bord de la lèvre supérieure, qui n'a que quelques millimètres d'étendue.

On réunit la plaie de l'avant-bras gauche avec des bandelettes, de manière à utiliser autant que possible le lambeau palmaire. Aucune ligature n'a été nécessaire, soit au moment de l'accident, soit le lendemain.

L'étude de la main arrachée montre que la peau a été divisée obliquement suivant une ligne allant de la partie externe de l'articulation radio-carpienne à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, où existe en outre un lambeau long et étroit dont les bords suivent la même direction.

Les os sont divisés eux-mêmes suivant la même direction, mais un peu plus haut, de manière qu'en dedans le trapèze et le trapézoïde sont intacts, ainsi que la partie inférieure du scaphoïde, qui a subi une fracture nette; mais on ne peut retrouver sa portion supérieure dans les os extraits du moignon.

Le grand os a perdu sa tête, ainsi que nous l'avons dit. En dedans, la lésion a porté sur l'os crochu, qui est broyé, et dont il ne reste que quelques débris. Enfin, l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien a aussi été entamée à sa partie interne. Le semi-lunaire et peut-être le pyramidal et le pisiforme sont donc restés dans la plaie.

Quant aux autres parties, tous les tendons des muscles qui se rendent de l'avant-bras à la main ont suivi celle-ci; et présentent une longueur libre de 18 à 23 centimètres, avec plus ou moins de tissu musculaire resté adhérent.

Il faut en excepter les tendons des radiaux externes et ceux des extenseurs du médius et de l'annulaire, qui ont été divisés à peu de distance au-dessus du poignet. Ceux des cubitaux manquent complétement.

Les principales artères (branches de la cubitale, radio-palmaire, radiale), dépassent de 1 à 2 centimètres la division de la peau; elles sont comme étirées et étroites, et la gaîne cellulaire est conservée plus loin que les autres tuniques, qui sont divisées nettement. Cette disposition n'existe pas sur la radiale, qui a un orifice béant et paraît même manquer de la tunique celluleuse.

Les nerfs ont également été étirés. Cet état est surtout remarquable sur le médian, dont il est resté 2 décimètres adhérents à la main;

mais il s'amincit graduellement jusqu'à l'extrémité, et il ne contient guère que du névrilème.

M. H. LARREY insiste sur la cause la plus habituelle de ces mutilations. Il la trouve dans les vêtements flottants que portent les ouvriers, et qui sont facilement saisis par les arbres tournants des machines. Il appelle sur ces faits toute l'attention de l'autorité supérieure, et pense que certains règlements de police pourraient, en imposant un costume particulier aux hommes qui travaillent dans les machines, prévenir de si graves accidents.

M. DESORMEAUX confirme l'opinion de M. Larrey, en rappelant que dans une certaine fabrique de tels accidents, jadis fréquents, sont devenus rares depuis qu'on a imposé aux ouvriers une sorte de veste justaucorps, et qui ne peut être saisie par les machines tournantes.

— M. FANO présente une exostose de l'os temporal sur laquelle il communiquera de plus amples détails à la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. FOLLIN.

Séance du 15 novembre 1854.

Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT, après la lecture du procès-verbal, appelle de nouveau l'attention des membres de la Société sur le jeune enfant atteint d'une tumeur du sinus maxillaire, et présenté par M. Huguier. Il pense qu'en incisant et décollant la lèvre supérieure l'on pourrait ouvrir la narine, faire sauter la paroi antérieure du sinus et retirer le polype. Si ce procédé opératoire est insuffisant, M. Guersant opérera comme l'a proposé M. Huguier.

M. LENOIR, qui vient d'examiner cet enfant, désirerait qu'on établît nettement le diagnostic. Il pense qu'il s'agit ici d'une affection cancéreuse de l'os, et il appuie son opinion sur la transformation que paraît avoir subie la voûte palatine. Celle-ci est molle, tandis que dans les polypes elle est seulement amincie, et peut être soulevée comme une feuille de parchemin. Donc une opération qui consisterait à vider le

sinus du produit morbide serait une opération incomplète. M. Lenoir est d'avis qu'il faut enlever l'os maxillaire supérieur.

M. Huguier prétend qu'il n'a rien précisé sur la nature de la tumeur; il a dit seulement qu'il fallait l'enlever. S'il s'agit ici d'un cancer, il n'en faut pas moins reconnaître que la partie postérieure du sinus est saine.

M. Lenoir répond que la nature de l'opération indiquée par M. Huguier répondait à la nature supposée de la lésion.

M. J. Cloquet fait quelques remarques sur l'action qu'exercent le tumeurs sur les parois osseuses. Tantôt cette action est nulle; tantôt les tumeurs dilatent et font bomber les parois; tantôt elles font disparaître la partie dure, et il ne reste plus que la portion membraneuse. Peut-être le cas présent rentre-t-il dans cette dernière catégorie. La dilatation est peu sensible dans les polypes muqueux; elle est plus évidente dans les polypes fibreux, et dans les cancers il y a résorption du tissu osseux.

M. Marjolin est d'avis que l'on pourra terminer facilement l'opération dès qu'on aura enlevé la partie antérieure du sinus. Il rappelle alors un fait de la pratique de son père où, après une incision faite pour découvrir la paroi antérieure du sinus, on trouva celui-ci rempli par une matière tuberculeuse concrète, que Blandin put extraire avec une spatule.

M. Guersant persiste à croire qu'il y a là une tumeur dans le sinus.

M. Robert partage l'opinion de M. Lenoir. S'il s'agissait d'un polype, la tumeur, avant de déprimer la voûte palatine, se serait fait jour en avant ou en arrière. L'on doit donc supposer que la lésion a débuté par les os du palais. De plus, si la voûte était simplement distendue par la tumeur, il y aurait un bruit de parchemin, qui fait défaut; l'on ne trouve là, au contraire, que des points durs et des points mous. M. Robert pense qu'il n'y a rien à faire dans ce cas.

— M. Chassaignac, à propos des pièces présentées dans la dernière séance par M. Huguier, fait remarquer que dans le cas où l'arrachement semble avoir été volontaire, le tendon n'était point accompagné de fibres musculaires. Il croit, au contraire, que quand ces arrachements échappent à volonté les fibres musculaires suivent le tendon.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant de la Société, adresse un travail sur

l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs anévrismales.

La lecture de ce mémoire est renvoyée à une des prochaines séances.

— M. le docteur Gubler adresse à la Société, de la part de Mme Lallemand, la série complète des ouvrages de son mari.

Une lettre de remercîments sera adressée à Mme Lallemand.

— MM. Charrière et Mathieu adressent à la Société deux nouveaux modèles de pinces à ligature. (Commissaires : MM. Follin et Marjolin.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. J. Cloquet montre à la Société plusieurs instruments construits déjà depuis longtemps, et qui lui ont rendu d'assez grands services dans sa pratique particulière. Ce sont :

1° Une pince qu'il désigne sous le nom de *pince tenaculum,* sorte de compas d'épaisseur dont les branches peuvent se séparer et se réunir ensuite pour saisir des tumeurs qu'on veut enlever.

2° Un *stylet à anse* qui se termine par une anse d'argent recuit, creusée d'une gouttière. Cette anse, portée dans les fistules ou les cavités muqueuses, permet de ramener de petits séquestres ou des corps étrangers.

3° Un bistouri à gaîne d'un modèle déjà connu.

4° Un gros tube conique disposé pour pousser des injections dans le rectum d'individus atteints d'hémorrhoïdes, de fissures. Cette canule permet d'éviter les piqûres parfois si graves du rectum.

De la cure radicale de la hernie. — M. Gerdy continue l'exposition de ses recherches sur la *cure radicale de la hernie par invagination*, et décrit les procédés qu'il a mis en usage. Il conseille d'abord de purger les malades pour éviter les souffrances que peut faire naître la défécation dans les premiers jours qui suivent l'invagination. Le rectum vidé aussi par un lavement quelques instants avant d'opérer, M. Gerdy procède à l'invagination. Elle est faite soit avec le doigt, soit avec les instruments connus, et de telle sorte que l'aiguille puisse être engagée à travers les téguments en avant du péritoine, du canal déférent et de l'artère épigastrique refoulés en arrière. En pratiquant avec soin ce premier temps de l'opération, on évite de léser la séreuse.

M. Gerdy raconte qu'il a beaucoup varié sur le nombre de fils à employer ; après s'être d'abord servi de beaucoup de fils, il est arrivé à n'en plus employer qu'un, et il se sert aujourd'hui ou d'une seule anse, ou d'un seul fil retenu par un grain de chapelet.

L'invagination de la peau de la grande lèvre ne se fait point facilement comme celle du scrotum. Dans un cas, sur une jeune fille de vingt ans, M. Gerdy chercha à invaginer la peau de la grande lèvre, mais il ne put en introduire qu'une petite quantité, et au bout de sept à huit jours la maladie s'était reproduite. Il fit alors une incision au niveau de l'anneau et put amener dans le canal une mèche retenue par un fil. La guérison a eu lieu et se maintient depuis dix-huit ans.

Les phénomènes éprouvés par les malades sont une douleur obtuse due au passage et à la constriction des fils. M. Gerdy chercha d'abord à combattre ces accidents par l'application de vessies pleines de glace sur le ventre. Mais, dans un cas, la glace fondue refroidit assez le malade pour lui occasionner une pleurésie ; il y eut en même temps une suppuration diffuse au niveau des fils, et l'opéré mourut.

Le résultat immédiat de cette constriction des fils, c'est l'inflammation rétractive du canal inguinal. M. Gerdy rappelle alors ce qu'il a dit dans la dernière séance sur le déplissement de la peau invaginée et sur l'occlusion de la base du cul-de-sac.

Au bout de quelques jours, parfois dès le troisième, on voit déjà que la peau du scrotum est retenue à sa place; mais c'est du vingtième au trentième jour seulement que M. Gerdy conseille aux malades de se lever. Il leur applique un bandage contentif, et ordonne à ses opérés de le porter pendant quelques mois encore.

— M. Bauchet présente une tumeur enlevée de la région parotidienne sur une vieille femme de soixante-dix ans. Cette tumeur, examinée par M. Verneuil, est une hypertrophie glandulaire de la parotide.

M. Michon fait remarquer que la tumeur occupait plutôt la région cervicale que la région parotidienne, et qu'il ne peut s'agir ici que d'une hypertrophie d'un lobe de la parotide.

M. Robert partage cet avis et reconnaît qu'il y a là, comme ailleurs, des hypertrophies générales et des hypertrophies partielles.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 22 novembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vidal montre un bomme guéri de chancres phagédéniques très vastes et très graves. Lors de son entrée à l'hôpital, en janvier 1854, existaient deux bubons à l'aine droite. L'un fut ouvert avec le bistouri, l'autre s'ouvrit spontanément. Les deux plaies revêtirent bientôt tous les caractères des chancres phagédéniques pulpeux. Le malade, aujourd'hui si fort, si coloré, avait alors le teint blafard, sa constitution était très détériorée. Les deux ulcérations s'étaient réunies et envahissaient les régions abdominale et crurale du pli de l'aine. Un autre chancre, également phagédénique, occupait le pli génito-crural du même côté. Les douleurs étaient inouïes. Le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le perchlorure de fer furent employés sans succès. L'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, le quinquina, le proto-iodure de fer administrés à l'intérieur n'eurent pas plus de résultats.

Quatre mois se passèrent ainsi. Au mois de mai les ulcérations étaient serpigineuses; des îlots cicatriciels se formaient au centre. Mais ce que la réparation gagnait en ce point, elle le perdait à la circonférence, et les douleurs ne s'apaisaient pas. M. Vidal ayant obtenu dans un cas semblable, sur un coiffeur, dont l'observation a été donnée à la Société de chirurgie il y a quelques années, un succès complet à l'aide de bandelettes de Vigo, eut recours au même moyen. Des bandelettes imbriquées furent donc appliquées sur ces vastes chancres; on les renouvela tous les trois jours. La suppuration sous-jacente fut d'abord fétide et très abondante. Bientôt elle diminua et changea de caractère. Au troisième pansement on constatait une amélioration surprenante, qui se continua si bien du quatrième au cinquième pansement, qu'un dessin commencé à la quatrième séance ne put être achevé à la cinquième, tant le changement avait été rapide. En septembre, la guérison était complète.

Il y eut un peu de salivation; fait facile à comprendre, en raison de l'abondante absorption du mercure par les larges surfaces ulcérées.

Cette observation soulèverait de nombreuses questions de doctrine, mais M. Vidal ne la présente aujourd'hui que comme un fait pratique très important.

CORRESPONDANCE.

M. Heyfelder fait hommage à la Société de plusieurs thèses de chirurgie soutenues devant la Faculté d'Erlangen.

— M. Giraldès offre également un grand nombre de monographies chirurgicales françaises et étrangères.

LECTURES.

M. Fano lit une observation très intéressante d'exostose éburnée de l'os temporal avec lésion de l'oreille moyenne. La pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Robert et Forget.

M. Cloquet pense, d'après l'examen de la pièce, qu'il s'agit moins d'une véritable exostose que d'un gonflement de l'os, symptomatique de fongosités profondes développées primitivement dans les cavités de l'oreille ou dans les cellules mastoïdiennes. L'ostéite n'a été que secondaire; l'os s'est boursouflé, puis s'est perforé, comme cela s'observe du reste dans d'autres circonstances quand un foyer inflammatoire est entouré par des pièces osseuses.

— M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Heyfelder père intitulé *De la désarticulation coxo-fémorale.*

L'amputation coxo-fémorale est une des conquêtes importantes de la chirurgie du dix-huitième siècle. Quelque grave que soit cette mutilation énorme, il est bien positif qu'elle conserve la vie à des sujets qui sans elle étaient voués à une mort certaine. Le désideratum de la chirurgie au sujet de cette opération n'est donc plus ce qu'il a été dans le principe, à savoir : si la conservation de l'existence serait compatible avec un traumatisme aussi étendu. Cette question est définitivement jugée.

Mais on ne saurait se dissimuler que la mortalité à la suite de cette opération ne soit encore aujourd'hui très considérable, et le but que doivent se proposer les efforts du chirurgien, ce doit être de diminuer le chiffre de cette mortalité.

Telle qu'elle résulte des statistiques publiées jusqu'à ce jour, elle s'élève à la proportion des deux tiers des malades opérés. Et encore est-il permis de douter que cette proportion soit une expression exacte de la vérité. En effet, sur quelle base établit-on ces statistiques? Sur le rapprochement des faits épars dans les recueils périodiques. Or on

sait parfaitement qu'il se publie le plus grand nombre possible des cas heureux, et relativement un nombre beaucoup plus limité de ceux qui ont une issue fâcheuse. Aussi pensons-nous qu'on se rapprocherait plus de la vérité en évaluant environ au cinquième seulement des opérations faites la proportion des succès.

Il y a donc des tentatives sérieuses à entreprendre pour amoindrir le chiffre de la mortalité à la suite de l'amputation coxo-fémorale. Mais ces tentatives, ce n'est pas dans le raisonnement ni dans les aperçus théoriques qu'elles peuvent prendre leur point de départ, c'est dans l'observation et dans l'analyse attentive des faits déjà connus et de ceux qui peuvent se présenter d'un jour à l'autre.

Toute agglomération de faits nouveaux est donc un élément de progrès vers le but final que nous devons nous proposer. C'est à ce titre que le travail de M. Heyfelder mérite toute l'attention de la Société de chirurgie, puisqu'il présente un groupe de huit observations propres à l'auteur, et qu'il fournit dès lors un contingent qui n'est pas à dédaigner en pareille matière; d'autant mieux que sur les huit cas il en est quatre dans lesquels l'opération a été couronnée de succès. Et en admettant que des circonstances heureuses, et qui doivent être appréciées avec beaucoup de soin, aient contribué à ce résultat, il n'en est pas moins vrai qu'une part doit être faite au *modus faciendi* adopté par le chirurgien. Aussi est-ce en étudiant attentivement la marche qu'il a suivie qu'on peut tirer des enseignements utiles au point de vue du but qu'il s'agit d'atteindre.

Pour faire cette étude, nous présenterons d'abord dans un résumé succinct une espèce de tableau des observations. Nous essayerons ensuite, chose assez difficile, de faire la part de ce qui dans les succès obtenus appartient aux circonstances de la maladie et de ce qui peut incomber à la conduite du chirurgien. Nous terminerons par l'examen critique de quelques-unes des réflexions dont l'auteur a accompagné son travail.

Faisons d'abord remarquer que sur les huit désarticulations le chloroforme a été employé six fois. Les deux sujets chez lesquels on n'a pas fait usage de l'agent anesthésique ont succombé l'un au bout de trois heures, l'autre au deuxième jour. Ils étaient âgés le premier de vingt-trois, le second de quarante-huit ans. L'amputation dans les deux cas était faite pour une maladie chronique. Pour une carie dans le premier, dans le second pour une tumeur fongueuse.

Eu égard à l'âge des sujets opérés, nous trouvons 13 ans, 15 ans, 18 ans, 22 ans, 23 ans, 28 ans, 41 ans et 52 ans. Par conséquent, six

des sujets n'avaient pas encore atteint la trentième année. Les quatre qui ont guéri sont les sujets de 13 ans, 15 ans, 22 ans et 28 ans; ceux qui ont succombé sont les sujets de 18, 23, 41 et 52 ans. D'un côté 78, de l'autre 134 ans en somme

Eu égard à la nature des maladies qui ont nécessité l'amputation, nous avons à noter la carie de l'articulation coxo-fémorale cinq fois, l'exostose une fois et le cancer deux fois.

Des sujets qui ont guéri deux étaient atteints de carie, un de cancer et un d'exostose.

Des sujets qui ont succombé trois étaient atteints de carie et un de cancer.

On voit que les diverses affections pour lesquelles l'opération a été faite étaient toutes chroniques; pas une d'elles n'était traumatique.

Quant au procédé opératoire, la méthode ovalaire de Scoutetten a été employée chez six des malades.

Le mode de réunion de la plaie a été la suture entrecoupée. Et nous avons remarqué que M. Heyfelder avait eu recours dans chaque cas à un grand nombre de points de suture, puisque dans la troisième observation il parle de vingt-neuf points et de vingt-huit dans la septième.

Cherchons maintenant à voir ce qui, dans les circonstances propres au malade et dans celles qui sont propres au chirurgien, a pu influer sur les résultats obtenus.

Nous voyons qu'à l'égard de l'âge se confirme ce qui a été observé dans tous les temps, à savoir : que, toutes choses égales d'ailleurs, plus les sujets sont jeunes, plus il y a de chances de succès. A ce point de vue, notre honorable et savant collègue a été traité assez favorablement, puisque six sur huit des sujets opérés, c'est-à-dire les trois quarts, étaient au-dessous de la trentième année.

Il l'a été encore eu égard à la nature des maladies qui ont nécessité l'opération, car tous les sujets étaient atteints d'affections chroniques, et les chirurgiens expérimentés savent l'énorme différence qui pour certaines amputations existe à l'égard du pronostic entre l'état aigu et l'état chronique chez les amputés. Non-seulement tous les sujets étaient atteints d'affections chroniques, mais la plupart portaient des suppurations anciennes, et il y a encore là une nuance qu'aucun praticien ne saurait négliger; car ce n'est pas la chronicité seule des affections qui constitue l'immunité, c'est surtout la chronicité de la suppuration.

Si nous arrivons maintenant aux circonstances qui dépendent du

chirurgien, nous voyons d'abord que, eu égard au choix du procédé, M. Heyfelder a adopté de préférence la méthode ovalaire. Quoique la prééminence de cette méthode sur les procédés à lambeaux ne soit véritablement établie que pour un certain nombre d'amputations, on ne peut s'empêcher d'admettre que ce ne soit une très bonne méthode, une de celles qui font chaque jour de nouveaux progrès dans l'opinion des chirurgiens.

Quoiqu'il y ait au point de vue de l'exécution un procédé excellent pour la désarticulation coxo-fémorale, celui du lambeau antérieur, nous pensons que la préférence accordée par le savant chirurgien d'Erlangen à la méthode ovalaire n'a point été étrangère aux heureux résultats qu'il a obtenus.

Nous devons noter encore comme une particularité importante de son *modus faciendi* les nombreux points de suture dont il a fait usage. En effet, plus les surfaces traumatiques ont d'étendue, plus la réunion primitive doit être recherchée. Et quel est le moyen qui dans ces vastes plaies peut offrir à la réunion immédiate plus de chances que la coaptation rigoureusement exacte due à de nombreux points de suture ?

A cet égard, nous nous reprocherons de n'avoir fait de la suture qu'un usage insuffisant dans les trois cas de désarticulation de cuisse qu'il nous a été donné de pratiquer jusqu'ici. Il est vrai qu'ayant eu recours dans ces trois cas au procédé du lambeau antérieur, que son poids ramène tout naturellement dans une coaptation satisfaisante avec le reste de la surface traumatique, nous ne nous étions pas cru obligé de maintenir par plus de trois à quatre points le contact de surfaces qui tendaient d'elles-mêmes à la juxtaposition. Néanmoins il nous semble qu'une conséquence à déduire des faits rapportés par M. Heyfelder, c'est que dans l'amputation coxo-fémorale il faut pousser aussi loin que possible la recherche d'une coaptation très exacte.

Nous croyons donc, en résumé, que, comme circonstances indépendantes du chirurgien, l'âge des sujets et la nature des affections pour lesquelles on a opéré ont contribué pour une part au succès, et qu'en fait de circonstances propres à l'opérateur, le choix du procédé, la perfection du pansement, et enfin le savoir et l'habileté bien connus de notre honorable collègue peuvent revendiquer une part importante dans le résultat final.

Après avoir reconnu dès les premières lignes de ce rapport la valeur pratique du travail qui vous a été soumis, votre commission aurait voulu n'avoir que des éloges à donner au mémoire de M. Heyfelder;

mais voilà qu'au moment où nous en terminions la lecture nous sommes arrêtés par une de ces propositions vraiment étranges et que votre commission se voit obligée de repousser de la manière la plus formelle.

M. Heyfelder, comparant avec les résultats de ses huit désarticulations coxo-fémorales les chiffres fournis par une série de 17 amputations de cuisse dans la continuité, et trouvant que la désarticulation lui a donné 4 cas de guérison sur 8 opérés, tandis que ses 17 amputations de cuisse donnent un chiffre de 9 morts sur 17 amputés, en arrive à conclure que la désarticulation de la cuisse n'est pas une opération plus désastreuse que l'amputation dans la continuité. C'est à nos yeux un singulier exemple des illusions auxquelles peut conduire la comparaison de séries insuffisantes dans des questions qui ne peuvent se juger qu'à l'aide de faits nombreux et bien analysés.

Nous ne doutons pas que si l'on venait à comparer une série d'amputations immédiates faites pour des lésions traumatiques avec une série de désarticulations de cuisse pratiquées pour des lésions chroniques, on n'arrivât à une conclusion analogue à celle de M. Heyfelder; mais que, toutes choses égales d'ailleurs, on dise que la désarticulation coxo-fémorale n'est pas sensiblement plus grave que l'amputation du fémur dans sa continuité, c'est là une assertion que le bon sens des chirurgiens ne saurait accepter.

La discussion s'engage sur ce rapport.

M. Verneuil regrette que les observations renferment aussi peu de détails sur les lésions anatomiques qui ont paru nécessiter la désarticulation en question. Il est parlé de carie; était-ce l'articulation coxo-fémorale qui en était atteinte? et en ce cas quel était l'état de la cavité cotyloïde? Dans des cas de ce genre, il y a une opération qui mérite d'être très sérieusement mise en parallèle avec la désarticulation; c'est la résection de la tête du fémur, qui a donné une proportion de succès très satisfaisante. M. Chassaignac aurait peut-être dû discuter, à propos de ce travail, les indications générales d'une opération pour laquelle M. Heyfelder paraît avoir une prédilection marquée.

M. Larrey combat la singulière comparaison que l'auteur du mémoire établit entre l'amputation de la cuisse et la désarticulation totale du membre, et qui le conduit à proposer sérieusement d'adopter la seconde, en règle générale, de préférence à la première. M. Larrey avait déjà fait une comparaison analogue entre la désarticulation scapulo-humérale et l'amputation du bras dans sa continuité et près de l'articulation; la désarticulation lui avait paru plus avantageuse. Mais on ne saurait conclure du membre supérieur au membre inférieur. Il

regrette que M. le rapporteur n'ait pas tenu compte des réflexions de MM. Hénot et Sédillot sur ce sujet.

M. Richet a pratiqué deux fois la désarticulation de la cuisse, et il a obtenu une guérison. Plusieurs points relatifs à cette opération sont encore obscurs. Chez un de ses opérés, homme adulte et bien constitué, un coup de feu avait brisé le col du fémur et divisé les vaisseaux fémoraux; le malade fut soumis au chloroforme: il resta pendant 24 heures dans une sorte d'état comateux et succomba.

Le sujet de la seconde observation était un garçon de quinze ans, qui fut affecté d'abord d'un gonflement considérable et profond de la partie moyenne de la cuisse; des ventouses furent appliquées sans succès. Un vaste abcès sous-périostique se forma et fut ouvert, et l'on put constater que le fémur était dénudé dans une grande étendue et dans toute sa circonférence; au bout d'un mois, cet os se fractura à sa partie moyenne et dans la partie dénudée. M. Richet, désespérant d'obtenir une consolidation dans de telles conditions, se décida à amputer la cuisse à la partie supérieure. Prévoyant le cas où la désarticulation serait indispensable, il fit deux lambeaux et mit l'os à nu; il s'aperçut alors que le mal, plus étendu qu'il ne le croyait d'abord, nécessitait la désarticulation, qu'il pratiqua sur-le-champ. Il réunit avec des bandelettes agglutinatives, et l'adhésion était à peu près complète le troisième jour. L'articulation coxo-fémorale, la gaîne du psoas, l'os iliaque, tout, en un mot, était sain. Il n'y eut point d'accident pendant les deux premières semaines; mais au bout de ce temps un gonflement considérable se manifesta dans la fosse iliaque sans que le moignon parût en rien modifié. Un abcès se forma, et, lorsqu'on l'ouvrit, il fut possible de constater qu'il reposait directement sur l'os iliaque qui était à nu au fond du foyer. Tout cela néanmoins s'apaisa, et le malade guérit complétement.

La formation de cet abcès tardif sans continuité avec la plaie de l'amputation est pour M. Richet un fait rare, ou qui au moins n'a pas été encore signalé.

M. Gerdy pense que cet abcès de la fosse iliaque existait peut-être lorsque M. Richet a fait l'amputation. Il n'est pas rare, en effet, que des abcès de voisinage se forment à une certaine distance du foyer inflammatoire principal sans communiquer primitivement avec lui. Il lui est arrivé, en amputant la cuisse pour une tumeur blanche du genou, de tomber sur un foyer purulent siégeant entre le fémur et le périoste. Ce dernier s'était ossifié, et formait autour de la collection purulente une coque cylindrique dure.

M. Richet admet très bien une inflammation de voisinage; mais cette cause ne saurait être invoquée dans le cas actuel; lors de l'opération, l'os iliaque, la cavité cotyloïdo étaient tout à fait sains; la propagation de l'inflammation par la gaîne du psoas ne peut pas davantage être invoquée. L'accident dont il parle est donc tout spécial.

M. Morel-Lavallée cite comme exemple de ces abcès secondaires distants du foyer inflammatoire principal le cas d'un malade auquel il avait amputé la cuisse, et qui mourut avec un abcès développé dans la fosse iliaque du côté opposé.

M. Gerdy expose en quelques mots ses opinions sur les abcès de voisinage et sur les abcès dits métastasiques; il croit qu'on a beaucoup exagéré, dans ces cas, le rôle de la phlébite.

M. Lenoir se demande si l'abcès de la fosse iliaque décrit par M. Richet était véritablement sous-périostique. Il croit plutôt, d'après les symptômes, reconnaître un abcès plus superficiel et situé dans la gaîne du psoas. Les abcès de ce genre sont communs dans les amputations, et en particulier à la jambe; c'est ce qui l'a engagé à recommander la compression du moignon au moyen d'une bande roulée convenablement serrée. Si l'os iliaque avait été réellement dénudé, comment les parois du foyer se seraient-elles recollées sans issue de séquestre?

M. Richet avait eu l'idée d'abord d'une collection formée par suite de cette propagation; mais cependant la tumeur s'est élevée progressivement de la fosse iliaque vers la paroi abdominale. Le moignon était resté sans inflammation; et enfin, raison péremptoire, le doigt, porté directement dans le foyer, avait senti l'os à nu. Il ne peut donc rester aucun doute sur l'interprétation qu'il donne. Quant à l'absence de nécrose après la dénudation de l'os, elle est parfaitement établie. Dans un cas où le périoste de la diaphyse du fémur était complétement décollé par une collection purulente, la guérison n'en eut pas moins lieu sans nécrose aucune, dans un cas qu'il observa avec M. Nélaton.

M. Cloquet pense, comme M. Gerdy, qu'on a beaucoup trop exagéré le rôle de la phlébite dans la production des abcès qui succèdent aux grandes opérations; on doit admettre ici trois variétés bien distinctes:

1° Les abcès qui communiquent avec le foyer de l'amputation;

2° Les abcès, ou plutôt les fusées purulentes, qui sont dus surtout aux pansements vicieux ou à la mauvaise position donnée au moignon, ce sont ceux qui donnent tant de gravité aux amputations des orteils;

3° Les abcès de voisinage qui n'ont point de communication avec la plaie suppurante.

M. Larrey rappelle que son père attribuait déjà en partie à la méthode ovalaire les beaux résultats qu'il avait obtenus dans la désarticulation scapulo-humérale. Peut-être les succès de M. Heyfelder ont-ils été favorisés par l'emploi de cette méthode. Quant à une réunion très exacte et très rigoureuse des lèvres de la plaie, elle ne paraissait pas nécessaire ni avantageuse à son père, qui fondait sur plusieurs raisons cette dernière opinion.

M. Marjolin saisit cette occasion pour dire que les divergences qui existent encore de nos jours sur les avantages ou les inconvénients de la réunion immédiate après les amputations lui paraissent dus surtout à la manière dont on procède à cette réunion. Il attribue les résultats très heureux qu'il a obtenus depuis quelques années (sur sept amputations de cuisse, il a sauvé cinq malades) à la pratique suivante, qui n'est pas neuve, mais qui mérite d'être rappelée. Il a soin, en appliquant les agglutinatifs, de laisser une voie ouverte à l'écoulement des liquides qui suintent de la plaie. Pour cela, il emploie une large bande de diachylon percée de nombreuses fenêtres dans le point qui correspond à la plaie. Cet appareil peut rester en place pendant huit à dix jours, suivant la plus ou moins grande abondance de la suppuration.

M. Chassaignac répond à ces dernières objections, en laissant de côté toutefois les questions relatives aux indications générales de la désarticulation coxo-fémorale, aux abcès de voisinage et aux abcès sous-périostiques ; la discussion de ces derniers points l'entraînerait trop loin. Il a constaté lui-même que les observations de M. Heyfelder n'étaient pas suffisamment détaillées, surtout au point de vue des lésions anatomiques. L'auteur, qui se propose de publier prochainement un travail plus complet, comblera sans doute ces lacunes.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

Séance du 29 novembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers, juge d'un concours à la Faculté de médecine, demande un congé.

— M. le docteur Blot écrit pour déclarer qu'il se désiste de sa candidature devant celle de M. Depaul.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Debout soumet à l'examen de la Société un malade guéri d'un *torticolis dû à la contracture du sterno-mastoïdien gauche et du splénius droit par l'électrisation localisée dans les muscles antagonistes sains.*

Dans les quelques cas semblables consignés dans la science, le torticolis est rapporté seulement à la contracture du sterno-mastoïdien, et le traitement basé sur ce diagnostic incomplet n'a pu conduire toujours les chirurgiens à triompher de la difformité. Ce malade en est un nouvel exemple : il a été traité sans résultats à l'hôpital Beaujon par des vésicatoires saupoudrés de morphine, que l'on appliquait sur le trajet du sterno-mastoïdien gauche, sans agir en même temps sur le second muscle également contracturé, le splénius droit. Ayant reconnu la large part que la contracture de ce muscle splénius prenait dans la direction anomale de la tête, M. Debout a localisé les excitations électriques dans les muscles antagonistes sains, le splénius gauche et le sterno-mastoïdien droit, et le malade a guéri.

C'est le diagnostic local de l'attitude vicieuse de la tête que M. Debout a exclusivement pour but de faire établir par ses collègues. Il se propose de revenir prochainement sur les indications spéciales qui découlent de cette notion, ainsi que sur les indications thérapeutiques propres à les remplir.

Après cette lecture, M. Bouvier communique à la Société quelques remarques sur le fait de M. Debout.

M. Debout a parlé d'une contracture électrique qu'il voulait produire dans les muscles; M. Bouvier conserve quelques doutes sur

l'existence de cette contracture dans le cas actuel. Il a de non moins grands doutes sur la déformation des surfaces articulaires dont il a été parlé. Cette déformation ne se produit pas aussi promptement qu'on le suppose dans ce cas, et le craquement ne suffit point pour en assurer l'existence. Le fait de M. Debout est d'ailleurs très remarquable, car il existe peu de cas de torticolis guéris sans opération. Si l'on consulte la pratique de Dieffenbach et de Stromeyer, on voit que le plus souvent les traitements autres que l'opération ont échoué et qu'il a fallu se décider à couper les muscles. Mais, même en opérant, l'on n'a pas toujours réussi. En effet, l'opération n'a point la même chance de succès dans un torticolis spasmodique que dans un torticolis permanent. Après la réunion des muscles divisés, l'affection nerveuse peut reparaître.

Le diagnostic dans le fait de M. Debout paraît très évident à M. Bouvier. Il s'agit d'une névrose suivie d'une contracture spasmodique. Ce n'est donc pas une affection du tissu musculaire, et l'on pourrait comparer cette maladie à une chorée rhythmique.

M. Bouvier partage l'opinion de M. Debout sur la déformation des muscles malades : il s'agit du sterno-mastoïdien et du splénius. Enfin, l'orateur termine en déclarant que l'extension par les mains a dans ces cas de torticolis une puissance presque égale à celle de l'électricité.

M. Guersant ajoute quelques réflexions sur ces rétractions musculaires qui ne sont point rares chez les enfants et qui succèdent souvent à des affections inflammatoires. Il cite un enfant atteint d'une rétraction de l'avant-bras sur le bras, et qui guérit par la seule application des cataplasmes. Le malade de M. Debout avait quelque chose d'analogue à ces contractures.

M. Debout rappelle à ses collègues qu'il n'a point voulu aborder dans son travail la question du traitement, et il est heureux de voir M. Bouvier s'accorder avec lui sur le diagnostic.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guersant raconte d'abord en peu de mots l'histoire du jeune enfant présenté déjà à la Société pour une tumeur qui faisait saillie dans le pharynx et dans le sinus maxillaire. Cet enfant, assez peu développé, quoique âgé de huit ans, était né de parents sains. Depuis sa naissance, il avait souvent été atteint de bronchite et d'entérite.

A partir du mois de mai dernier, cet enfant se plaignit d'une grande gêne dans les fosses nasales, et il arriva peu à peu à parler avec difficulté.

Il y a quinze jours, on a pu constater une tumeur volumineuse qui déprimait le voile du palais et chassait l'œil de l'orbite. Le diagnostic permit de comprendre qu'il s'agissait d'une tumeur des fosses nasales et du sinus maxillaire. Quand on se décida à opérer, plusieurs opinions furent émises. M. Guersant hésitait à enlever cette tumeur, lorsque l'enfant fut pris d'une broncho-pneumonie et mourut. Il n'a point succombé à des accidents de son polype. L'autopsie a fait voir les lésions de la broncho-pneumonie, des traces d'une pleurésie ancienne, et des tubercules dans les ganglions bronchiques.

Le polype remplit le sinus maxillaire et offre des prolongements dont une dissection déterminera l'étendue ; mais M. Guersant a voulu présenter cette pièce à la Société avant toute altération.

(M. le président désigne MM. Gosselin, Guersant, Richet, Verneuil et Follin pour disséquer cette pièce et exposer à la Société les résultats de cette dissection.)

M. Gosselin croit que cette production morbide est de nature fibreuse. Il ajoute qu'il manque dans les renseignements donnés par M. Guersant l'indication du point d'insertion de cette tumeur. D'ailleurs cette insertion paraît très large.

M. Richet insiste sur les adhérences primitives et sur les adhérences consécutives de ces sortes de tumeurs. Ces dernières sont aussi fortes que les premières. Il pense que dans le fait de M. Guersant la tumeur a pris naissance sur la base du sphénoïde et sur l'apophyse basilaire.

M. J. Cloquet fait remarquer les altérations subies par les parois osseuses qui environnent la tumeur. Dans certains points la tumeur a dilaté les os ; dans d'autres le tissu osseux est résorbé. L'on ne peut attribuer ici cette résorption aux battements de la tumeur, comme dans les anévrismes.

M. Michon, sans avoir examiné avec détails ce malade, s'était assuré qu'il s'agissait d'un cas très grave. En effet, si l'on eût voulu enlever la totalité de cette tumeur, on eût pénétré dans la cavité crânienne. M. Michon n'est point édifié sur la nature de cette production morbide, car, s'il s'agit d'un polype fibreux, il est bien différent de ceux qui ont servi à M. Robert à établir sa doctrine sur l'insertion isolée et unique des polypes naso-pharyngiens. Ne serait-ce point plutôt un cancer ? Les tumeurs fibreuses écartent les os ; les encéphaloïdes les résorbent.

M. Lenoir trouve dans ces pièces anatomiques la confirmation de ce qu'il a avancé sur le vivant. S'il ne s'agit point d'un véritable cancer,

c'est au moins une affection maligne qui a envahi l'os maxillaire supérieur après avoir débuté par l'apophyse malaire.

M. Verneuil. Des recherches entreprises sur des pièces analogues ont démontré que M. Robert a été trop loin dans sa doctrine. Quelques faits lui ont prouvé qu'il y avait parfois plusieurs pédicules : deux ou trois. M. Verneuil pense que cette tumeur est de nature fibro-plastique. La majorité des tumeurs fibreuses, surtout lorsqu'elles se développent promptement ou qu'elles récidivent, passent par l'état fibro-plastique avant de devenir fibreuses.

M. Forget insiste sur le danger qu'il y a à opérer ces tumeurs fibreuses diffuses, et s'appuie pour soutenir cette opinion sur l'observation de cinq cas semblables à celui de M. Guersant. Il rappelle un fait qu'il a vu dans le service de M. Huguier, et qui ressemblait beaucoup, quant au siége, au fait précédent; il y avait aussi transformation fibreuse de tous les tissus voisins. Ces tumeurs sont de nature maligne, et il ne faut point les opérer par traction ou par arrachement.

M. Richet insiste de nouveau sur l'adhérence primitive, qui se fait sur un seul point, et sur les adhérences consécutives, qui peuvent être multiples. Il cite plusieurs faits de ces adhérences secondaires, et entre autres celui d'un polype fibreux de l'utérus qui, tombé dans le vagin, y prit des adhérences multiples et étendues. Dans le cas présent, notre collègue pense que la tumeur ne s'est point développée d'abord sur tous les points où elle adhère maintenant.

M. Follin apporte à l'appui des remarques faites par M. Michon la relation d'un fait qu'il observe maintenant à l'hôpital Saint-Louis. Il a opéré il y a quelques jours un homme âgé de quarante-cinq ans environ, et qui était atteint d'un vaste polype naso-pharyngien. Ce polype, qui avait contracté avec la face supérieure du voile du palais des adhérences indestructibles, prenait insertion sur trois points : en haut, à l'apophyse basilaire; en dehors, sur la partie latérale du pharynx; en arrière, à la face antérieure de la région cervicale. M. Follin pense qu'il y avait là trois insertions primitives et distinctes.

Revenant à la question soulevée par M. Verneuil, M. Follin soutient que le tissu fibro-plastique n'est point dans ces tumeurs un état qui précède l'état fibreux.

M. Michon insiste de nouveau sur la distinction en adhérences primitives et secondaires; il pense qu'en se développant au sein du périoste, les productions morbides détruisent la nutrition de l'os.

M. Huguier rappelle que sur une tumeur analogue disséquée par

lui le point de départ était multiple; il eût été difficile de dire d'où la tumeur prenait naissance.

(La pièce présentée par M. Guersant est renvoyée à l'examen de la commission déjà nommée.)

— M. le docteur Fano présente une fracture intra-capsulaire du fémur consolidée.

(Renvoi de cette pièce à MM. Chassaignac, Houel et Morel-Lavallée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 6 décembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui accorde à la Société, pour l'année 1854, une somme de cinq cents francs à titre d'encouragement.

Une lettre de remercîments sera adressée par M. le président à M. le ministre.

— M. Mayor fils fait hommage du dernier mémoire publié par son père sur la nécrose.

— M. Heyfelder adresse à la Société un travail sur l'infection purulente. L'ordre du jour étant fixé, la lecture de ce travail est renvoyée à une des prochaines séances.

— M. Mialhe adresse à la Société, de la part de M. Peter Moller, un exemplaire de la *Pharmacopée norwégienne* et un échantillon d'huile de foie de morue purifiée.

— M. Bouchardat fait hommage du deuxième numéro des *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène.*

— M. Larrey fait hommage à la Société de plusieurs brochures offertes par M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital d'Alger. Il donne, de plus, lecture d'une observation inédite adressée par le même auteur et ayant pour titre : *Plaie d'arme à feu de la face avec fractures du maxillaire supérieur et du temporal gauches, suivies d'une hémorrhagie qui a nécessité la ligature de l'artère carotide primitive. — Guérison.*

P..., sergent-major, trente ans, fortement constitué, fut atteint le 26 juin 1854 d'une balle qui pénétra à la partie supérieure et externe du maxillaire supérieur gauche, en dehors de la fosse et du trou sous-orbitaires, en dedans de la pommette, à deux centimètres du rebord de l'orbite, traversa l'antre d'Hygmore, brisa la tubérosité maxillaire, parcourut la fosse zygomatique et sortit derrière le pavillon de l'oreille, entre la queue de l'hélix et l'apophyse mastoïde.

Le coup avait été tiré de près; une notable quantité de sang s'était écoulée par la plaie, la bouche, le nez et l'oreille : le blessé perdit presque complétement connaissance.

Le doigt et un cathéter introduits dans la plaie ne font reconnaître que de très petites esquilles, aussitôt extraites sans difficultés. Une déchirure étroite existait au fond et en bas du conduit auditif. La voûte palatine était intacte, ainsi que l'arcade dentaire. Des caillots volumineux obstruaient la narine gauche et la partie supérieure du pharynx.

L'œil est sain, la vue est intacte.

L'hémorrbagie cessa; le pouls était faible, la peau tiède, l'intelligence obtuse, la douleur modérée; le blessé avait des envies de vomir, *il prétend avoir déjà vomi des caillots mêlés de parcelles d'os et de plomb.*

Il n'y avait aucune indication pressante. On appliqua des compresses imbibées d'eau fraîche sur la face, et on chercba à rappeler la chaleur du corps.

Pendant deux heures peu d'écoulement sanguin par les plaies, salivation copieuse et rutilante; quelques nausées, quelques vomissements entraînant des caillots d'un volume parfois égal à celui d'un œuf de poule.

A cinq heures du soir, l'hémorrhagie devient alarmante; le sang s'écoule simultanément par le nez, l'oreille et le pharynx; d'énormes caillots sont vomis coup sur coup; pouls petit, misérable; peau froide, visqueuse. Une plaie artérielle, vraisemblablement multiple, existe sans doute dans les profondeurs de la face ou de l'arrière-gorge. Les branches profondes de la maxillaire interne sont probablement atteintes. Le tronc de l'artère carotide interne elle-même pouvait avoir été lésé, dans l'hypotbèse fort admissible d'une fracture du rocber avec brisure du canal carotidien.

Des recberches sur le siége précis de l'hémorrhagie auraient été vaines et peut-être sans efficacité, et d'autres raisons majeures intervenant d'ailleurs, M. Bertherand pratiqua sur-le-cbamp la ligature de la carotide primitive. Les bouts du fil furent coupés, la plaie réunie

par la suture. Applications froides sur la plaie. Le malade se réchauffe *intus et extra*. L'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ. Nuit très agitée, gonflement œdémateux et sensation de froid dans la région blessée. L'*articulation de la mâchoire était comme ankylosée;* on supprima les applications froides.

Le lendemain matin 27, extraction de quelques fragments du maxillaire supérieur ; réaction très vive, céphalalgie très intense (saignée du bras). La nuit suivante est meilleure. On transporte le blessé sur un brancard à l'hôpital de Dellys ; il supporte bien le transport et prend quelques potages. Le 8 juillet, il était en voie de guérison. Le 17, la plaie était presque entièrement fermée ; ses bords étaient un peu enflammés, probablement par suite du séjour des fils de la ligature.

Quelques esquilles sortent de la mâchoire supérieure ; un fragment plus volumineux se dégage par l'oreille, qui n'avait pas cessé de suppurer.

Tout s'amendait ; la santé générale était bonne ; il n'y avait plus que de la dysécie à gauche, un peu d'aphonie et de dysphagie, quand le blessé fut pris de deux attaques de choléra, l'une au milieu d'août, l'autre au commencement de septembre. Ces deux terribles complications laissèrent une grande faiblesse et une diminution très marquée de la voix.

M. Bertherand insiste sur cette particularité, parce que la coïncidence entre le choléra et l'affaiblissement de la voix fait espérer que ce trouble fonctionnel disparaîtra avec les progrès de la convalescence, loin de persister, comme cela a été observé dans quelques cas à la suite de ligatures de la carotide primitive.

Vers le 15 septembre, le phlegmon antérieur du col s'est ouvert, comme on pouvait le prévoir, pour donner issue à une anse de fil.

L'auteur ajoute qu'à sa connaissance deux cas semblables et aussi heureux se sont présentés dans les ambulances de l'armée d'Afrique en 1841.

Un des points les plus remarquables de cette observation consiste dans la diminution considérable de la voix qui succéda à la ligature de la carotide et à une double attaque de choléra. Le malade est présenté, du reste, à la Société, et l'on constate, outre les détails relatifs à la plaie et à la ligature, qu'il y a une aphonie presque complète. La cause de ce trouble fonctionnel est un peu obscure. La voix était très retentissante avant la blessure. Il paraît qu'à la suite de la ligature elle subit une diminution, mais qu'elle revenait presque à son état

naturel quand le choléra l'éteignit de nouveau. Au dire du blessé, il y a aujourd'hui amélioration marquée.

La discussion s'engage sur les troubles de la phonation qui succèdent parfois à la ligature de la carotide primitive.

M. Robert a observé une fois l'aphonie survenant brusquement après la ligature de la carotide primitive. L'artère avait été soigneusement dénudée et prise seule; cependant, au moment où le fil fut serré, la malade poussa un cri, se plaignit d'étouffer, et l'on put remarquer que la voix devenait notablement rauque. M. Robert s'empressa de desserrer le nœud ; il souleva l'artère pour voir s'il n'avait point compris un nerf dans la ligature. L'artère était bien seule ; un gros tronc nerveux se voyait en arrière; c'était sans doute le pneumogastrique. L'opération fut achevée sans nouvel incident; la voix resta rauque pendant assez longtemps; cependant elle était redevenue à peu près naturelle au bout de sept à huit mois.

Quel nerf peut avoir été lésé? Le pneumogastrique n'a pas été compris dans la ligature, puisqu'on l'a vu en arrière de l'artère. Le nerf récurrent est trop loin, surtout du côté gauche, où on opérait. Le grand sympathique est plus profond, plus en dedans; il est appliqué sur la colonne vertébrale, et on n'avait pas été jusque-là. M. Robert reste toujours dans le doute; cependant cet accident s'est déjà manifesté plusieurs fois, et entre autres dans la pratique de M. Chassaignac.

M. Chassaignac a vu, il est vrai, l'aphonie succéder à une ligature de la carotide primitive, mais il ne pourrait décider si le nerf pneumogastrique a été oui ou non compris dans la ligature. La mort survint au vingt et unième jour; le fil était tombé au quinzième. Le nerf, la veine, l'artère étaient compris dans une masse indurée cicatricielle et adhéraient tous ensemble ; il était difficile de savoir si le nerf avait seulement été froissé, blessé ou lié.

M. Boinet, assistant Roux dans une ligature de la carotide , vit ce chirurgien saisir plusieurs fois avec les pinces le tronc du pneumogastrique; chaque fois que le nerf était touché il y avait un effort de vomissement immédiat. La voix ne fut nullement altérée. Dans un autre cas, le nerf pneumogastrique fut compris en même temps que la carotide dans des ligatures d'attente qui ne furent point serrées; il n'y eut point de troubles du côté du larynx.

M. Richet rappelle que Roux lui-même a communiqué à la Société l'histoire d'une ligature de la carotide dans laquelle le pneumogastrique avait été également étreint. Des accidents graves survinrent, puis la mort. La ligature du grand sympathique entraînerait sans doute

aussi des accidents très sérieux. M. Richet pense pouvoir attribuer les troubles d'ailleurs peu graves qui se manifestent du côté de la respiration, du cœur et même du larynx chez les individus auxquels on a lié la carotide à la lésion des filets du grand sympathique qui rampent au-devant de cette artère, tandis que les phénomènes observés seraient plus prononcés et à coup sûr mortels si l'on avait lié le pneumogastrique lui-même.

M. Richet s'appuie sur les expériences de M. Cl. Bernard, qui ont démontré la part très considérable que le grand sympathique prend dans l'innervation du cœur et du poumon, *ce qui lui fait supposer* que, relativement au larynx, l'influence de ce nerf doit être la même.

M. A. Guérin trouve que les faits de MM. Chassaignac et Robert sont trop incomplets pour servir à résoudre la question actuelle. Dans le fait de M. Chassaignac, on aurait dû par des moyens convenables s'assurer définitivement de l'état du pneumogastrique. Avec cette lacune, on ne peut ni affirmer ni nier qu'il ait été compris dans la ligature. Quant à M. Robert, dans la précipitation de l'opération il n'a pu savoir s'il avait lié un nerf; et au fond d'une plaie étroite, il lui était impossible d'affirmer, par exemple, que le cordon nerveux qu'il avait sous les yeux était plutôt le pneumogastrique que le grand sympathique. M. Guérin pense, pour sa part, que ces accidents du côté de la voix sont dus à la ligature du pneumogastrique.

M. Robert insiste sur les difficultés qui accompagnent une ligature chez une fille grasse, à cou court, au fond d'une plaie profonde, étroite, remplie de sang. Certainement il n'a pas pu examiner à loisir les rapports des divers nerfs; lorsque les accidents se manifestèrent, il souleva l'artère après avoir desserré le fil et ne put constater la présence d'aucun filet nerveux dans la ligature; aussi continua-t-il l'opération comme si rien ne s'était passé. Il croit n'avoir lié ni le pneumogastrique, ni le récurrent, ni le grand sympathique, et cependant la raucité de la voix, la sensation pénible d'étouffement éprouvée par la malade ont une cause quelconque; l'idée émise par M. Richer serait admissible : les filets sympathiques ont peut-être été intéressés.

M. Cloquet regrette que l'autopsie n'ait pu éclairer le fait de M. Chassaignac; peut-être, comme le pense M. Morel-Lavallée, y a-t-il une différence entre la simple blessure, le froissement d'un nerf et sa division complète au moyen d'une ligature serrée. Dans l'opération de la castration, il a vu Richerand faire la ligature en masse du cordon; il étreignait les parties molles avec une grande vigueur et n'avait

pas d'accidents; il en est autrement si l'on se contente de serrer mollement les éléments du cordon.

M. Verneuil est tout disposé à adopter pour expliquer la raucité de la voix qui succède parfois à la ligature de la carotide l'explication proposée par M. Richet et appuyée sur les recherches de M. Cl. Bernard. Deux motifs l'y engagent :

1° Les vaisseaux carotidiens n'ont pas seulement des rapports avec les nerfs récurrent, pneumo-gastrique et grand sympathique, il est d'autres filets plus ténus qui les avoisinent et qui peuvent très bien, passant inaperçus pendant l'opération, être divisés ou liés.

A. C'est ainsi que le plexus formé par les branches descendantes internes du plexus cervical et du grand hypoglosse, de même que les branches qui en émanent pour animer les muscles de la région sous-hyoïdienne sont souvent accolés à la partie externe de la gaîne des vaisseaux, souvent aussi sont situés dans cette gaîne elle-même entre la veine jugulaire interne et l'artère carotide; cette anomalie de rapports n'est pas très rare.

B. Dans presque toute sa longueur et surtout sur ses faces profondes et internes, l'artère carotide primitive est entourée par des filets nerveux, distincts du cordon principal du grand sympathique, mais qui néanmoins sont en communion avec lui; ces filets vont surtout aux plexus cardiaques; d'autres appartiennent aux plexus intercarotidiens pharyngés, etc., etc. La ténuité de ces filets qui rampent dans l'épaisseur de la gaîne artérielle ne permet guère de les isoler quand on opère. On peut donc admettre qu'ils sont exposés à être blessés.

2° M. Verneuil a peine à croire qu'on puisse rapporter les légers accidents de raucité de la voix, d'étouffement observés par M. Robert à la ligature de nerfs aussi importants que ceux qui ont été cités. En effet la santé, chez les opérés de M. Bertherand, de M. Robert, n'a paru nullement altérée, aucun phénomène particulier ne s'est montré, et de nombreuses expériences ont fait voir qu'il en était tout autrement quand chez les animaux on lie le pneumo-gastrique ou le grand sympathique. Dans le premier cas, les vomissements opiniâtres, l'amaigrissement, les altérations pulmonaires ont été notés sur des chiens qui avaient subi cette vivisection (1), et lorsque le cordon du grand sympathique est divisé, M. Bernard surtout a noté avec soin l'appari-

(1) Longet. *Anatomie et physiologie du système nerveux*, t. II, p. 349.

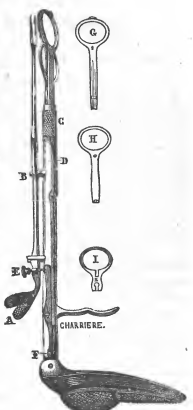
tion de plusieurs phénomènes du côté de la pupille, des narines, de la bouche, de la circulation capillaire de la face, qui certainement n'auraient pas échappé aux chirurgiens précités, s'ils s'étaient manifestés. Enfin la ligature ayant été faite au lieu d'élection, on comprendrait difficilement comment le nerf récurrent aurait été compromis.

M. Huguier reconnaît que la ligature de la carotide peut entraîner divers accidents du côté du larynx, comme aussi de la difficulté dans la respiration et des troubles dans les battements du cœur. Quant à la diminution de la voix, elle peut avoir pour cause la blessure d'autres filets nerveux et des filets pulmonaires, expliquant ces derniers troubles qu'il a décrits autrefois. Ces filets, qui font communiquer le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur, forment un plexus situé sur les côtés du larynx, et d'où naissent la plupart des filets qui se distribuent à la glotte. Ce plexus est en rapport dans toute sa hauteur avec l'artère carotide, qui le recouvre en dehors. Il est dès lors facile de comprendre comment, en pratiquant la ligature de ce vaisseau, on peut atteindre les filets en question, et amener les accidents curieux dont la Société s'occupe en ce moment.

— M. le président annonce une lettre de M. le docteur Prescott Hewett (de Londres). Ce chirurgien adresse à la Société une observation remarquable de fracture du crâne.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Verneuil communique au nom de M. Maisonneuve, qui est absent, un amygdalotome fabriqué par M. Charrière fils, qui, sans donner plus de travail que les modèles primitifs, a l'avantage de pouvoir s ntanément et à volonté substituer une grande lunette à une petite et de varier indéfiniment les grandeurs et les formes de ces dernières sur le même instrument. Cette substitution se fait à l'aide d'un simple coulant muni d'un point d'arrêt qui l'empêche de se déranger involontairement. Toutes les pièces sont assemblées sur un tube à fortes parois, ouvert dans toute sa longueur, ce qui rend le nettoyage très facile. Ce nouveau système peut aussi bien s'appliquer à l'instrument de M. le professeur Velpeau qu'à celui de M. le docteur Maisonneuve, avec lequel on opère d'une seule main.



— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Ar. Verneuil.

Séance du 13 décembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Follin montre la dissection du polype naso-pharyngien développé chez un enfant dont M. Guersant a déjà entretenu la Société. Ce polype, qui prend insertion à la partie inférieure du corps du sphénoïde, un peu en avant de la selle turcique, forme à sa partie antérieure deux lobes, dont l'un, le supérieur, a pénétré dans l'orbite, repoussé l'œil en avant, détruit la lame criblée de l'ethmoïde et perforé la cavité crânienne sans altérer la dure-mère; le lobe inférieur, le plus volumineux, s'est introduit dans la cavité du sinus maxillaire. Ces lobes, divisés à leur surface en plusieurs lobules arrondis, n'ont contracté aucune adhérence avec les parties voisines, et l'on conçoit qu'il eût été possible de les en séparer sans trop grande difficulté. L'adhérence au sphénoïde se fait d'une façon assez remarquable; la lame compacte de la face inférieure de l'os est détruite, et l'insertion du pédicule se fait par la pénétration d'une série de papilles fibreuses dans les aréoles du tissu spongieux.

— Après cette communication, M. Verneuil fait à la Société la communication suivante sur la structure micrographique de la tumeur.

Le tissu de la tumeur est ferme, un peu élastique, d'apparence fibreuse, blanc légèrement rosé, criant un peu sous le scalpel; le râclage pratiqué sur la coupe n'en extrait ni pulpe, ni suc. La pression fait seulement sortir une très petite quantité d'un liquide rosé, transparent, un peu visqueux. La coupe du tissu est très homogène, et ne montre qu'une très petite quantité de vaisseaux dont l'ouverture est béante à la manière des sinus. La surface extérieure de la tumeur est recouverte par la muqueuse pituitaire, très vasculaire et qui n'a que des adhérences faibles établies par un tissu cellulaire lâche.

La surface de cette production présente des divisions plus ou moins profondes qui la divisent en lobes volumineux, généralement lisses et sans bosselures.

Examen microscopique. — 1° Le fluide extrait par la pression renferme une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques libres:

noyaux libres, allongés ; cellules fibro-plastiques ; corps fusiformes grêles et longs, sans noyaux. Les noyaux libres sont rares relativement aux corps fusiformes.

2° En enlevant des tranches très minces de la tumeur, on retrouve une structure essentiellement fibreuse, mais à des degrés très variables de développement, et avec cet aspect si différent de l'état normal que présente le tissu fibreux accidentel.

A. Dans les points les plus mous et les plus vasculaires, la masse est formée par une grande quantité de cellules fibro-plastiques réunies, cohérentes, condensées, dans lesquelles on ne distingue qu'avec peine les noyaux.

B. Dans d'autres points plus solides, on ne voit qu'une substance opaque, obscure, finement granulée, et dans laquelle on ne voit pas d'éléments anatomiques distincts, mais bien une apparence fibroïde due à des faisceaux larges et confus. Sur les confins de la préparation, on voit quelques fibres et quelques corps fusiformes isolés.

En traitant les divers échantillons par l'acide acétique, toute la préparation devient plus claire, les noyaux fibro-plastiques sont très apparents, et l'on peut juger par leur mode de groupement, par leur confluence plus ou moins grande, de l'état plus ou moins parfait du tissu fibreux. Plus le tissu est dur et se rapproche du type fibreux, plus les noyaux sont espacés, petits, déformés ; plus, au contraire, le tissu est mou, vasculaire, jeune, si on peut ainsi dire, plus les noyaux sont nombreux, rapprochés et semblables à ceux qui sont libres.

3° La muqueuse de la surface présente sa structure normale.

Il résulte de cet examen que la tumeur n'a aucun des caractères des productions cancéreuses, qu'elle n'a rien de spécial, qu'elle est tout à fait analogue aux tumeurs fibreuses pédiculées naissant du périoste, et qui ont été décrites sous le nom de polypes fibreux du pharynx.

La seule différence qui existe au point de vue anatomique consiste peut-être dans une dureté moins grande, dans une organisation moins complète du tissu fibreux qui renferme encore une proportion considérable de noyaux : ce qui rapproche cette production des tumeurs fibro-plastiques. L'époque très récente à laquelle la maladie a apparu, ses progrès, son développement très rapide, l'âge du sujet rendent très bien compte de cette particularité.

M. Gosselin, tout en constatant l'unité du pédicule, fait remarquer sa largeur, qui n'est pas sans importance pour la médecine opératoire.

M. Richard rappelle l'analogie de ce fait avec deux autres observés par M. Nélaton.

LECTURE.

M. le docteur Fano lit un mémoire intitulé *Des effets produits chez l'homme par la résection d'un des nerfs pneumo-gastriques et par la ligature de l'une des carotides.* (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Robert, Forget.)

RAPPORT.

M. Desormeaux lit le rapport suivant, sur un travail de M. le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux :

Messieurs, M. le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, vous a adressé une *Observation d'amputation dans l'articulation scapulo-humérale pour une tumeur encéphaloïde de l'humérus*, en y ajoutant *Quelques réflexions sur les soins à donner aux amputés.*

Le sujet de l'observation, lorsqu'il entra à l'hôpital, était atteint depuis quinze jours seulement d'une tumeur à la partie antérieure moyenne du bras droit. L'apparition de cette tumeur avait été précédée pendant un mois de douleurs sourdes et d'engourdissement.

M. Philippe ne le vit que trois mois plus tard. Alors la tumeur était du volume d'un œuf d'oie, adhérente à l'os, lisse, résistante, élastique, sans fluctuation ni pulsations ; elle ne présentait ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. M. Philippe la considéra comme de nature fibreuse, et prescrivit un emplâtre de Vigo, la compression méthodique, et comme traitement interne des pilules de Gama, composées d'extrait de ciguë et de calomel. La tumeur se développait toujours, et l'imminence de la salivation força de cesser le traitement. On fit alors sur le centre de la tumeur deux applications successives de caustique de Vienne, pour pénétrer profondément dans la masse morbide. Il n'en résulta aucune modification dans la marche de l'affection, qui continua à faire des progrès.

Enfin la tumeur devint de plus en plus adhérente, et s'étendit jusqu'à l'aisselle. Pour éclairer le diagnostic, on fit une ponction exploratrice. Il ne s'écoula que du sang, et l'on put constater que le trocart se trouvait au sein d'un tissu morbide qui ne cédait aux mouvements de l'instrument qu'avec un craquement analogue à celui que produit la déchirure du tissu hépatique.

M. Philippe pensait que la désarticulation était la seule ressource à proposer, mais les autres officiers de santé de l'hôpital militaire, réunis en consultation, furent d'avis qu'il fallait tenter l'extirpation et

ne pratiquer la désarticulation que dans le cas où la dissection démontrerait l'impossibilité d'enlever autrement tout le mal. M. Philippe se rendit à cette opinion et pratiqua l'opération de la manière suivante :

Le malade chloroformé fut emporté endormi dans la salle d'opération et l'anesthésie fut continuée par la respiration ménagée du chloroforme.

M. Philippe commença par faire deux incisions circonscrivant une ellipse de 11 centimètres de long sur 6 de large, dans laquelle se trouvait la plaie faite par le caustique. La dissection, d'abord très facile, devint très laborieuse quand il fallut séparer le biceps de la tumeur à laquelle il adhérait fortement, et M. Philippe reconnut enfin qu'il y avait des adhérences intimes avec l'humérus et qu'il avait affaire à un encéphaloïde remontant jusque dans l'aisselle. Alors il fit la désarticulation par la méthode ovalaire et réunit la plaie immédiatement, excepté dans un point qu'il réserva à la partie inférieure pour l'écoulement des liquides. La réunion se fit par première intention; les ligatures ne tombèrent que du vingt et unième au vingt-quatrième jour, et la guérison fut complète un mois après l'opération.

La tumeur isolée pesait environ 1 kilogramme et présentait tous les caractères de l'encéphaloïde. L'examen microscopique, fait par M. le docteur Adam (de Bordeaux), donna le même résultat. M. Adam en avait donné un dessin qui devait se trouver dans le mémoire de M. Philippe, mais qui ne nous a pas été remis. La tumeur paraissait avoir pris naissance dans le périoste; l'humérus était sain, suivant M. Philippe, qui y signale cependant un pertuis anomal dont il n'explique pas la présence.

Cette observation nous a paru intéressante tant au point de vue du développement rapide de la maladie qu'au point de vue de l'opération qui a été pratiquée. Nous n'admettons pas cependant avec M. Philippe que ces deux opérations coup sur coup soient extrêmement rares dans les annales de la science. Tous nous en avons vu des exemples, et il y a longtemps déjà que notre collègue M. H. Larrey a signalé, comme un des avantages de la méthode de son père pour la désarticulation de l'épaule, la faculté d'arrêter l'opération et de la transformer si après la première incision on s'aperçoit que l'on peut enlever le mal sans sacrifier le membre. Mais nous n'en devons pas moins approuver la conduite de M. Philippe et reconnaître qu'on doit agir comme lui dans des cas analogues, c'est-à-dire commencer l'opération qui doit entraîner le moindre sacrifice, en ayant soin de faire

les incisions de façon à conserver la possibilité de l'amputation si plus tard elle est reconnue nécessaire.

M. Philippe attache avec raison une grande importance à la chloroformisation; il voudrait qu'un aide de confiance en fût toujours chargé pour débarrasser l'opérateur de toute préoccupation étrangère à l'opération. Ce vœu sera sans doute partagé par tout le monde; mais, si en agissant de la sorte on peut éviter des causes d'accidents, on ne pourra cependant pas supprimer tout danger, et nous n'avons pas compris pourquoi le malade avait été anesthénisé avant d'être apporté dans la salle d'opération, car en agissant ainsi on prolonge inutilement le temps pendant lequel le malade est exposé aux accidents de la chloroformisation. L'habitude générale de chloroformiser le patient dans l'endroit où il doit être opéré est bien préférable.

M. Philippe pense que l'emploi du chloroforme exerce une heureuse influence sur les résultats des opérations. A l'appui de cette opinion, qui est aussi celle de quelques-uns de nos collègues, il donne la meilleure preuve que l'on puisse demander, je dirais presque la seule qui puisse décider cette question : il envoie, en effet, avec son mémoire, un tableau de 13 cas d'opérations graves pratiquées par lui à l'hôpital de Bordeaux sans avoir eu à enregistrer un seul décès. Sans doute on trouvera ce nombre bien faible et rien ne prouve qu'il n'en aurait pas été de même sans le chloroforme; mais c'est un tribut qui peut devenir utile en l'ajoutant à la masse lorsqu'on voudra recourir à la statistique.

Du reste la question est complexe, et il ne faudrait pas attribuer à l'anesthésie plus que sa part légitime. M. Philippe, qui apprécie également l'action des pansements et du traitement consécutif, termine son mémoire par un aperçu des méthodes de pansement et de traitement qu'il emploie à la suite des amputations.

Il commence constamment par appliquer sur le membre une bande roulée destinée à empêcher la contraction des parties molles, comme on le faisait toujours autrefois et comme on le fait souvent encore aujourd'hui. Ensuite il réunit les bords de la plaie au moyen de la suture. Le reste du pansement présente surtout cela de particulier que M. Philippe remplace le linge fenêtré enduit de cérat par un morceau de grosse mousseline mouillée. Cette mousseline a l'avantage de laisser passer très facilement les liquides et en même temps d'adhérer en séchant aux parties voisines et de former un nouveau moyen de réunion. Le reste du pansement est à peu près semblable à celui qui est généralement en usage.

M. Philippe lève le premier appareil le lendemain de l'opération. Cette méthode a l'avantage de procurer au malade un grand soulagement, en le débarrassant des linges imprégnés de sang et de sérosité, et de permettre de constater l'état des choses. Le deuxième appareil reste en place de trois à cinq jours, suivant la saison, l'état du sujet et la nature du liquide qui s'échappe de la plaie. Les autres pansements sont rares, tous les deux jours environ, à moins que la suppuration ne soit abondante. Pour les soins, M. Philippe pose les règles suivantes : ablutions rares et peu abondantes, et pansements rapides.

Quant à l'hygiène des opérés, M. Philippe les tient à une diète très sévère au commencement, et n'augmente la ration que très lentement. Cette pratique s'éloigne assez de celle de la plupart des chirurgiens actuels. Mais nous ne pensons pas que ce soit une raison de la critiquer; nous croyons plutôt, nous qui sommes dans un système opposé, que la différence tient surtout à la différence qui existe entre nos malades et ceux de M. Philippe. Nous rappellerons ici qu'à l'époque de la grande vogue de la méthode dite physiologique, les succès obtenus par son auteur dans son service militaire, et que n'obtenaient pas au même degré les médecins de la ville, furent généralement attribués à la même cause.

Enfin, en terminant son travail, M. Philippe indique l'usage qu'il fait de la mousseline à pansement pour le diagnostic des fistules. Pour cela il introduit dans le rectum un doigt coiffé d'un morceau de mousseline mouillée, puis il fait par la fistule une injection iodée. Si la fistule est complète, l'iode, en agissant sur l'amidon qui entre dans l'apprêt de l'étoffe, y produit une tache bleue qui indique le siége de l'orifice interne.

Nous espérons, messieurs, que cette analyse suffira pour vous montrer l'intérêt que présentent les communications de M. Philippe. Le seul reproche que nous trouvions à lui faire est d'avoir apporté peut-être trop de sobriété dans les détails et trop de concision dans l'exposition des sujets intéressants qu'il a traités, et de laisser souvent ainsi au lecteur le soin de trouver lui-même les avantages de ce qu'il propose.

Nous vous rappellerons que vous avez reçu dernièrement une lettre de M. Philippe, qui vous exprimait un vif désir de devenir correspondant de la Société de chirurgie ; aussi nous vous proposons :

D'adresser des remercîments à l'auteur de ce travail ; de l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie, et de renvoyer son travail au comité de publication.

— A la suite de cette lecture, une discussion s'engage sur quelques points du travail de M. Philippe.

M. Michon aurait désiré trouver dans le rapport de M. Desormeaux quelques remarques critiques sur plusieurs points de la pratique suivie par M. Philippe dans ce cas. Ainsi, sans blâmer d'une façon absolue cette opération en deux temps, il ne faut pas lui donner une trop haute approbation, car c'est là une manière de renoncer au diagnostic, et l'on ne doit que rarement saisir l'occasion de s'abandonner ainsi sans diagnostic à une opération. Quelques réserves lui semblent aussi devoir être faites sur cette chloroformisation commencée dans les salles et qui permet de porter à l'amphithéâtre le malade endormi. Les dangers du chloroforme sont ainsi augmentés sans grand profit pour le malade.

Restent ensuite des moyens qui sont usuels, bons sans doute, mais peu neufs : tel est le procédé de pansement indiqué par M. Philippe. Les ablutions prolongées que proscrit M. Philippe paraissent aussi mauvaises à M. Michon. Quant au nombre des pansements, on ne peut poser à cet égard de règle générale.

Le régime alimentaire des opérés conseillé par M. Philippe n'a rien de bien nouveau. Il y a vingt-cinq ans, tandis que la plupart des chirurgiens mettaient leurs opérés à la diète, un seul homme les nourrissait, c'était M. Guerbois, et sa pratique était fort heureuse. M. Michon, qui avait suivi le service de M. Guerbois, appliqua sa pratique avec grand succès à l'hôpital Beaujon, et sur 12 grandes opérations qu'il fit dans cet hôpital il n'eut pas un mort. Blandin, qui pratiquait dans le même hôpital et mettait ses opérés à une diète rigoureuse, en perdait beaucoup.

M. Larrey rappelle d'abord les titres scientifiques de M. Philippe, qui, placé à la tête de grands services chirurgicaux, possède une expérience très étendue et très éclairée. Il fait ensuite remarquer que ce chirurgien ne s'est décidé à une ablation partielle que pour se rendre à l'avis de ses confrères, car le sien était d'amputer. Quant à l'anesthésie préalable, elle se justifie quelquefois par les grandes douleurs que le malade éprouve dans le transport de son lit à l'amphithéâtre. M. Larrey a vu M. Lawrence agir ainsi dans un cas.

M. Giraldès fait remarquer que M. Philippe a peut-être été inspiré par la pratique de M. Simpson dans son anesthésie préalable. Il y a quelques années à Edimbourg on faisait anesthésier les malades dans leur lit avant de les conduire à la salle d'opérations. M. Giraldès ignore si cette pratique est toujours en vigueur à Edimbourg.

M. Voillemier combat l'opinion de M. Philippe, qui pense que des chirurgiens spéciaux chargés d'administrer le chloroforme seraient utiles pour dégager l'opérateur de toute préoccupation sur les dangers de l'anesthésie. M. Voillemier termine en faisant remarquer que le régime alimentaire des opérés ne peut être soumis à des règles générales, et en demandant qu'on supprime les propositions générales émises çà et là dans le travail de M. Philippe.

M. Desormeaux, rapporteur, répond que l'opération en deux temps n'a point été donnée par M. Philippe comme règle générale, mais comme applicable seulement à ce cas particulier. M. Philippe ne demande poiut la création de chirurgiens spéciaux, mais il conseille de confier toujours à un aide expérimenté l'administration du chloroforme, qui doit l'occuper seule. L'emploi de la mousseline dans le pansement n'est qu'une modification d'une petite importance, mais cette mousseline paraît favoriser l'écoulement du pus par un nombre d'ouvertures plus grand que dans le linge troué. M. Desormeaux termine en s'associant à M. Michon pour déclarer que les ablutions des plaies doivent être, sinon nulles, du moins très rares.

M. Broca demande si M. Philippe a fait quelque recherche pour savoir à qui appartient la priorité du procédé indiqué pour le diagnostic de la fistule à l'anus.

Après le vote des conclusions proposées par M. Desormeaux, la Société passe au scrutin pour l'élection de M. Philippe.

M. Philippe, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. J. Cloquet présente un bistouri à lame orbiculaire qni lui a souvent rendu de grands services pour enlever facilement des kystes, car on n'a point la crainte de percer la poche, et on peut inciser de droite à gauche et de gauche à droite. Les incisions à l'aide de ce bistouri sont d'une grande netteté et ne laissent point de ces traînées qu'on appelle vulgairement des queues.

— M. Ferdinand Martin présente un appareil destiné au transport et au traitement des blessés affectés de fractures des membres inférieurs.

— M. Pouillien présente un nouveau bandage crural, et M. Treutber

un autre bandage herniaire. L'examen de ces deux bandages est renvoyé à M. Robert.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 20 décembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès lit, au nom de M. Prescott Hevett, une lettre qui renferme des détails explicatifs sur une observation de fracture du crâne déjà communiquée à la Société. (Renvoi de cette lettre à M. Robert.)

RAPPORTS.

M. le docteur Desormeaux lit un rapport sur quelques observations adressées à la Société par M. le docteur Lambert (de Montigny-sur-Aube).

Les conclusions de ce rapport sont d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives de la Société. (Adopté.)

— M. le docteur Cullerier fait le rapport suivant sur un ouvrage adressé à la Société par M. le docteur Putégnat (de Lunéville) :

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport verbal sur un ouvrage qui a pour titre : *Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, par M. le docteur Putégnat (de Lunéville).

L'auteur commence par déclarer qu'en abordant une question si neuve, si vaste et si digne d'intérêt, son but n'est pas de faire une monographie complète, mais un tableau, dans lequel il s'efforce de représenter avec précision, clarté et indépendance, tout ce qui est écrit d'important jusqu'à ce jour sur la syphilis infantile.

Cette déclaration me met tout d'abord à l'aise pour le compte rendu de ce travail, puisque ce n'est plus avec M. Putégnat que j'aurai à discuter, mais bien avec tous les auteurs qu'il cite, et dont les opinions sont bien connues dans la science.

Ainsi il rappelle la classification de Bertin, celle de M. Lagneau, puis il fait connaître la sienue, qui ne diffère de cette dernière que par

le classement des symptômes, et il décrit ceux-ci suivant qu'ils affectent la peau, les muqueuses, le système lymphatique, le tissu ostéo-fibreux, les viscères splanchniques, le système nerveux.

Il n'y a assurément rien de nouveau dans cette division, qui, outre qu'elle est la plus claire, est aussi la plus facile à décrire. Pour la développer, l'auteur s'est beaucoup appuyé sur les travaux modernes; pour les affections de la peau et l'aspect général des enfants vérolés, sur le mémoire de MM. Trousseau et Lasègue, publié il y a quelques années dans les *Archives de médecine*, pour le pemphigus, il fait connaître l'opinion de M. le professeur Dubois, celles de MM. Cazenave, Bouchut, Depaul, Vidal (de Cassis), celles de MM. Ricord et Cazeaux, de tous ceux enfin qui se sont occupés plus ou moins de la question. Il rappelle fidèlement ces opinions, mais il se garde de faire connaître la sienne.

Même remarque sur le chapitre des altérations des viscères, où l'auteur transcrit presque textuellement et la manière de voir de M. Dubois sur la suppuration du thymus, et celle de M. Depaul sur un mode particulier d'hépatisation pulmonaire attribué à la syphilis, et l'opinion du professeur Simpson (d'Edimbourg) sur la péritonite syphilitique, et enfin de longs passages du beau travail de M. Gubler sur l'altération du foie.

A part quelques exagérations de détail, à part quelques passages trop forcés et trop sombres, le tableau de la syphilis infantile que vient de tracer M. Putégnat est exact.

J'aurais voulu seulement que l'auteur fît un peu plus refléter dans cet ouvrage les convictions qu'a dû lui donner sa pratique personnelle. C'est certainement très bien à un écrivain de rapporter fidèlement les opinions diverses qui ont cours dans la science, mais il faut compléter cette exactitude par un peu de critique et par l'énoncé de ses propres opinions, sans quoi on s'expose à faire une œuvre dénuée de tout intérêt.

Cette remarque s'applique surtout aux grandes questions doctrinales de la syphilis, telles que l'identité du chancre et de la blennorrhagie, la contagion des accidents secondaires, l'hérédité. On voit bien que M. Putégnat est identiste; on voit bien qu'il croit à la contagion de la syphilis secondaire; on voit bien qu'il adopte l'idée si générale de l'hérédité paternelle, mais c'est bien plus par les mots que par les faits que cette opinion se révèle, et à part quelques observations recueillies par lui-même, c'est surtout dans celles des autres qu'il trouve ses preuves.

Quant aux divers traitements préconisés contre la syphilis infantile, l'auteur les indique scrupuleusement. Il fait une grande part au traitement direct et externe. Cette manière d'administrer le mercure, que j'ai cherché à réhabiliter dans un mémoire inséré dans le *Bulletin de thérapeutique*, paraît avoir toute l'approbation de M. Putégnat, et je suis heureux de lui voir adopter mes arguments en faveur de cette médication, dont j'obtiens tous les jours de si beaux résultats.

On le voit, M. le docteur Putégnat a mis à profit, ou pour mieux dire a rappelé les travaux de ses contemporains aussi bien que les travaux plus anciens ; mais on a lieu de s'étonner de l'entendre dire que l'étude sérieuse de la syphilis infantile ne remonte qu'à quelques années. Cette allégation n'est pas juste pour le plus grand nombre des auteurs classiques qui, en écrivant sur la syphilis en général, ont tous, ou à peu près, consacré quelques chapitres spéciaux à celle des enfants. C'est faire trop bon marché des ouvrages de la fin du siècle dernier, parmi lesquels il faut signaler les mémoires si remarquables de Faguier et de Doublet, qui ont mis à profit la position qu'ils occupaient à la tête de l'hospice de Vaugirard, consacré à cette époque, comme chacun le sait, au traitement des femmes enceintes, des nourrices et des enfants syphilitiques. C'est trop oublier le *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés* de Bertin, traité si remarquable à beaucoup d'égards, d'une description si souvent exacte, et qui, portant le millésime de 1810, est encore de nos jours consulté avec fruit par les praticiens qui étudient ou qui veulent écrire sur la syphilis infantile.

Je ne cite que ces auteurs, parce que leurs ouvrages traitent tout spécialement de la syphilis des nouveau-nés, car si je devais nommer tous ceux qui ont étudié la question d'une manière incidente, il me faudrait faire une liste bien longue, commençant à Jacques Catanes pour ne finir que de nos jours ; et dans tous ces ouvrages je trouverais des passages très sérieux, pour parler comme M. Putégnat, et j'ajoute, des pages très instructives et très bonnes à méditer.

Les travaux modernes, parmi lesquels je place le livre dont j'ai l'honneur de vous rendre compte, éclaireront certainement cette question si intéressante et si délicate ; mais ils n'ont pas encore fait oublier les travaux anciens dans lesquels on peut puiser à pleines mains et qu'on prend encore souvent pour modèles.

Je ne terminerai pas ce que j'ai à dire de l'opuscule de M. Putégnat sans déplorer qu'il ait cru devoir accepter certaines expressions malheureuses qui dans une autre enceinte ont pu échapper à l'improvisation d'un savant professeur, mais qui sont déplacées dans un ouvrage

écrit avec réflexion et maturité. Or l'épithète de chancriers, que M. Putégnat semble se complaire à adresser aux adversaires de ses opinions, est un mot tout à fait extra-scientifique que la Société de chirurgie n'a pas voulu laisser passer dans ses discussions et qu'elle regrettera sans doute de voir imprimé dans un livre dont l'auteur, par d'autres travaux nombreux, a droit à sa sympathie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Maisonneuve présente un anévrisme poplité provenant d'un homme qui a succombé dans son service après avoir subi la ligature de l'artère fémorale.

Avant de pratiquer cette opération, l'on fit quelques essais de compression; mais cette méthode de traitement n'ayant point donné les résultats désirables, on lia la fémorale. La gangrène envahit le membre, et au bout de quinze jours environ le malade succomba.

L'examen de la pièce anatomique fait voir que l'anévrisme s'est développé à la partie antérieure de l'artère; la face postérieure du vaisseau est saine.

M. Maisonneuve présente en même temps une artère carotide primitive sur la partie moyenne de laquelle il a appliqué une ligature. Un caillot se voit au-dessous de cette ligature, qui a été pratiquée il y a deux ans.

M. Huguier demande pourquoi l'on a dû interrompre la compression?

M. Maisonneuve insiste d'abord sur la gravité de la ligature de l'artère carotide primitive. Il a pratiqué un assez grand nombre de fois cette ligature, et c'est ainsi qu'il en a reconnu le danger. Il a vu plusieurs fois, dans ce cas, les malades succomber par la gangrène du cerveau. Dans un fait remarquable à cet égard, l'hémiplégie a été instantanée, et le malade a succombé au bout de quelques jours. M. Maisonneuve croit, au contraire, que la ligature de la carotide externe n'a point une pareille gravité; il l'a pratiquée six ou sept fois, et il n'a eu qu'un seul accident, qui même ne peut être rapporté à l'opération. Il préconise donc cette ligature de la carotide externe et engage les chirurgiens à y avoir recours, quand elle est praticable, dans les cas où la ligature de la carotide primitive n'est point toujours indiquée.

M. Boinet demande de quel côté a eu lieu l'hémiplégie dans la ligature de la carotide primitive?

M. Maisonneuve répond que l'hémiplégie a eu lieu suivant les règles physiologiques connues.

M. Giraldès. Les résultats annoncés par M. Maisonneuve sont déjà connus d'une façon générale ; mais il ne faut point les accepter d'une manière absolue, car il y a des distinctions importantes à faire. Ainsi l'on peut citer des faits où l'on a lié des deux côtés l'artère carotide primitive sans accident ; il faut donc tenir compte de l'état du malade et des conditions anatomiques de l'appareil circulatoire cérébral.

M. Maisonneuve ne veut point proscrire la ligature de la carotide primitive , mais il veut appeler l'attention sur l'importance et la fréquence de ces accidents.

M. Robert établit d'abord que l'opinion de M. Maisonneuve sur la gravité de la ligature de la carotide primitive n'est point chose neuve , et il ajoute que tout chirurgien qui connaît la science des indications ne fera jamais cette ligature au lieu d'une autre déjà reconnue moins grave.

La gangrène du cerveau a été observée par M. Sédillot, Porter, etc.; mais il faudrait dire dans combien de cas cette gangrène a eu lieu et quel était alors l'état du système artériel cérébral. M. Robert est porté à faire ici cette remarque, parce qu'on a lié plusieurs fois et avec succès les deux artères carotides. La guérison a eu lieu lorsque ces ligatures n'ont pas été faites à trop court intervalle de temps l'une de l'autre. Dans un cas de Langenbeck , l'on fit la seconde ligature trois jours après la première , et la mort eut lieu. M. Robert a de son côté rapporté un cas de guérison de ligature des deux carotides. M. Maisonneuve pense qu'il vaut mieux recourir à la ligature de la carotide externe ; mais MM. Velpeau et Sédillot ont avant notre collègue lié la carotide externe et n'ont point obtenu de résultats bien brillants. D'ailleurs , si M. Maisonneuve veut que ses opinions soient discutées à fond, il faut qu'il complète sa communication en y ajoutant des détails plus précis.

M. Maisonneuve répond qu'il a seulement voulu communiquer ici quelques remarques et non un travail complet ; il discute ensuite certaines objections qui lui ont été faites. Ainsi il indique d'abord quatre cas de gangrène sur onze ligatures de la carotide primitive. Quant à la ligature de la carotide externe, elle n'a donné lieu qu'à un seul accident, une petite hémorrhagie, pour laquelle on a lié la carotide primitive. Cette dernière ligature a été suivie de mort. L'âge des malades opérés était vingt-huit à trente ans.

M. Maisonneuve fait ensuite quelques remarques sur l'application de la compression au traitement de l'anévrisme poplité. Il rappelle d'abord que les instruments étaient mal conditionnés. On en a fait deux , mais

aucun n'était construit d'une manière satisfaisante; on a dû les modifier. Mais il survint des douleurs, puis des eschares dans la région inguinale, et c'est l'apparition de ces accidents qui a déterminé à faire la ligature. La gangrène qui s'est montrée a commencé par les orteils.

M. Follin prie M. Maisonneuve de préciser mieux qu'il ne l'a fait le genre de compression mise en pratique. S'est-on servi d'une compression unique ou double, continue ou alternante? Il serait à désirer que les moindres détails de ce fait fussent publiés pour qu'on pût lui assigner sa véritable place dans l'histoire de la compression appliquée au traitement des anévrismes.

M. Broca. Le malade de M. Maisonneuve était dans d'assez bonnes conditions; mais c'était un homme à fibrès molles, et chez de semblables individus la guérison est moins facile que chez d'autres, car le sang n'est pas très plastique; d'ailleurs l'artère était en bon état. Plusieurs instruments compresseurs ont été construits pour être appliqués ici, mais l'on n'est point arrivé à la perfection à cet égard. Toutefois, dans les trois ou quatre premiers jours de ce traitement, il est survenu une diminution notable de la tumeur. Pendant que les appareils à compression alternative faisaient défaut, on appliqua une sorte de brayer compresseur. A la vérité, un semblable instrument a donné quelques succès à Thillaye, à Charleton, à Verdier; mais ici la compression se fait en un seul point, au pli de l'aine, et n'offre que des chances assez petites de succès.

M. Broca croit devoir entrer dans ces explications pour établir que la compression double et alternative n'a point été essayée ici d'une manière convenable. Il se joint à M. Follin pour demander à M. Maisonneuve une observation détaillée de ce fait, afin qu'on sache bien quel mode de compression a été mis en pratique. Il croit qu'il y avait quelque amélioration lorsque l'on a cessé la compression alternative.

M. Maisonneuve rappelle qu'il s'est servi tant qu'il a pu de l'instrument à double compression; mais il reste dans sa pensée que cet instrument est d'une application fort difficile. C'est par l'insuffisance de cet appareil qu'il fut conduit à se servir du brayer compresseur.

M. Giraldès constate que l'insuccès provient du défaut d'un appareil bien fait et peut-être aussi d'un manque de persévérance. Il existe des appareils compresseurs bien conditionnés, et celui de Carte, qui est dans ce cas, a pu être vu par tous les fabricants d'instruments à l'exposition de Dublin.

M. Broca a trouvé une obscurité très grande dans la description de l'appareil de M. Carte. Il l'a modifié en ajoutant une gouttière qui va du

bassin à la cuisse et qui fait ainsi partie du corps. Il y a aussi une gouttière latérale sur laquelle on peut appliquer des tiges supportant des pelotes compressives. C'est cet appareil modifié dont s'est servi M. Depaul.

— La Société se réunit à cinq heures en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 27 décembre 1854.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— A propos du procès-verbal, M. Giraldès demande à confirmer par quelques faits ce qu'il a avancé dans la dernière séance relativement à la ligature de la carotide primitive. Il rappelle la statistique de ces ligatures publiée en 1836 par M. Velpeau dans son *Traité de médecine opératoire*, et celle de Norris, qui sur 149 faits observa 54 cas de mort. M. Giraldès a dépouillé 40 faits de cette statistique, et il a trouvé que dans 6 cas on avait observé de l'hémiplégie. Cet accident n'a été constaté dans aucun des six cas de ligature des deux carotides. Il passe rapidement en revue les faits de Warren, où les ligatures furent faites à un mois d'intervalle ; d'Ellis et de Mussey, où il n'y eut que douze jours de distance; enfin celle de Coole, où la deuxième ligature fut faite trois mois après la première. De l'examen de ces statistiques, M. Giraldès conclut que M. Maisonneuve est tombé sur une série de faits malheureux qui ne peuvent l'autoriser à formuler une conclusion sur l'accident qu'il a signalé comme fréquent dans cette ligature de la carotide.

M. Chassaignac pense qu'il ne faut point accepter sans réserves l'opinion formulée par M. Maisonneuve sur la fréquence d'une gangrène du cerveau après la ligature de la carotide primitive. L'on doit d'abord se demander s'il y a eu véritablement gangrène dans ces cas. L'on sait combien est multipliée la circulation anastomotique du cerveau. La preuve en est dans la facilité avec laquelle reparaissent les battements dans un anévrisme de la carotide lorsqu'on a appliqué une ligature au-dessous de lui. A ce propos M. Chassaignac rapporte qu'un jour, en faisant l'ablation d'une tumeur du cou, il ouvrit la carotide externe et fut obligé de lier la carotide primitive ; le sang revint comme dans une

saignée, par le bout inférieur du vaisseau lésé. La circulation se rétablissait ainsi rapidement au moyen des anastomoses de la carotide interne. En résumé, il y a dans le cerveau plus de sang qu'il n'en faut, et l'on ne doit point craindre la gangrène.

M. Chassaignac, à propos du sphacèle de la jambe survenu chez l'opéré de M. Maisonneuve, récommande, pour entretenir la chaleur dans les membres où a été faite une ligature d'artère, l'emploi de sachets de son. Il n'y a point alors danger de compression comme avec les sachets de sable.

M. Giraldès. M. Chassaignac vient de parler de la gangrène du cerveau et d'en contester presque la possibilité. Mais dans l'observation d'A. Cooper, où il y eut une hémiplégie complète, il n'y avait point de sang dans la substance cérébrale, qui par la pression laissait s'écouler une substance laiteuse. La pulpe du cerveau conservait une coloration jaunâtre.

M. Chassaignac. Il est difficile de dire si l'on avait affaire ici à un ramollissement ou à une gangrène. L'on a observé des cas de sphacèle du cerveau faisant hernie au dehors, et ils ne se présentaient pas avec les caractères que vient de rappeler M. Giraldès.

M. Broca expose devant la Société le mécanisme de l'instrument à compression artérielle que M. Charrière a construit suivant ses indications. Cet appareil résulte de la combinaison de mécanismes déjà connus, car M. Broca s'est efforcé de réunir ici ce que les autres instruments pouvaient offrir de bon.

Il y a dans ce compresseur, comme dans ceux de Ph. Crampton et de Carte, une gouttière sur laquelle repose le membre ; mais ici la gouttière et l'armature sont unies, ce qui donne une grande fixité à l'instrument.

Une gouttière qui s'étend de la partie inférieure de la cuisse au bassin, et qui est échancrée en ce dernier point, ne peut guère servir que pour un seul membre ; mais en l'échancrant à ses deux extrémités, on peut la faire servir à la fois aux deux cuisses. C'est ce qu'a conseillé de faire M. Broca.

La pression peut s'exercer dans ces appareils compresseurs à l'aide d'anneaux, de tiges, d'arcs, de ressorts. M. Broca donne la préférence aux tiges articulées. Ces tiges, en nombre variable, supportent des pelotes qui peuvent de la sorte être appliquées sur les différents points du membre. M. Broca examine alors comparativement l'action des tiges articulées et des ressorts. Selon lui, les ressorts ne constituent que des appareils défectueux ; ils ont une élasticité brutale qui ne convient

point à tous les cas, et partant ce sont des instruments sans avenir. Ils n'ont donné que deux succès, car le malade de Verdier n'était pas guéri. En résumé, M. Broca pense que les insuccès sont ici en trop grand nombre pour qu'on doive se servir des appareils à ressort.

Les appareils à arc, comme le compresseur de Dupuytren, ont aussi l'inconvénient grave de ne pas s'appliquer méthodiquement.

M. Broca décrit ici le système particulier du compresseur qu'il a fait construire. Cet appareil se compose d'une tige articulée à angle droit avec la gouttière, et qu'une ingénieuse disposition de vis connue sous le nom de vis de Signoroni fait incliner au degré convenable. La pelote est de forme conique et disposée suivant le système imaginé par M. Carte, et connu sous le nom de compression élastique. Ce mode de compression, pratiqué à l'aide d'un cylindre en caoutchouc sur lequel repose la tige de la pelote, a une efficacité incontestable ; en effet, cette compression élastique, qui n'a point la dureté de la compression directe, a pu être supportée par des malades auxquels cette dernière ne pouvait être appliquée.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey lit une lettre de M. Bertherand aîné qui complète des détails déjà donnés à la Société. Nous extrayons de cette lettre les passages suivants :

« Je me hâte de vous envoyer les détails que vous réclamez pour compléter l'histoire de mon brave officier.

» Ainsi que je l'ai dit dans le cours de l'observation, les vomissements ont été très abondants et très répétés *durant le temps écoulé entre la blessure et l'opération*. La voix était aussi très altérée alors, par le fait du siége même de la plaie, de l'hémorrhagie qui obstruait le pharynx, de la douleur et de l'ébranlement général.

» Je suis très sûr de n'avoir lié que l'artère, qui se trouvait *seule* et *parfaitement isolée* sur ma sonde cannelée au moment où j'ai passé le fil. L'opération a été faite promptement, sans difficulté, et sans que le blessé ait accusé de grandes douleurs. La ligature d'un nerf aussi important que le pneumo-gastrique passerait-elle ainsi inconnue ?

» Après le pansement les vomissements *ont cessé*. Cela m'a semblé rationnel, puisque le sang ne descendait plus dans l'estomac, et qu'il n'y avait plus lieu à expulsion de caillots, comme précédemment.

» La réaction vive qui nécessita une saignée le troisième jour était tout à fait exempte de congestion particulière du poumon. Avant son évacuation sur Dellys, comme pendant le séjour qu'il fit à cet hôpital,

Parard ne parut jamais dyspnéique ; l'appareil respiratoire fonctionnait bien.

» Durant la convalescence, les forces revenant, la voix avait repris plus de sonorité. L'aphonie n'a commencé à me frapper que lors des violentes atteintes de choléra, et je l'expliquai alors tout naturellement par la complication cholérique.

» Vous voyez, mon cher monsieur Larrey, dans quelle perplexité je me trouve pour assigner une cause réelle à la perte de la voix. J'avais compté sur la convalescence pour résoudre le problème par l'intervention de l'épidémie. Il est clair maintenant que si la situation persiste, on est fondé à rechercher une autre influence. La lésion du pneumogastrique étant écartée, resterait celle de quelques filets du récurrent, ou de quelques ramuscules cardiaques du grand sympathique. Ne pourrait-on pas invoquer aussi la commotion, l'ébranlement de la base du crâne lors de la blessure?

» Tout cela me paraît bien obscur, et je désire que la discussion de mon travail fasse jaillir quelque lumière au milieu de ces épaisses ténèbres. »

— La Société, conformément aux conclusions d'un récent rapport de M. Broca, procède au vote sur la candidature de M. Rothmund (de Munich). Ce chirurgien, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le docteur A. Richard montre un kyste multiloculaire de l'ovaire. Le contenu des aréoles est une masse colloïde qui se sépare facilement, en conservant la forme des petites loges. A la partie postérieure de la tumeur, on voit une trompe qui s'ouvre dans l'un des kystes.

Au dire de la malade, le développement du ventre ne datait que de trois mois. Deux ponctions ont été pratiquées dans cette tumeur, et l'on n'a obtenu qu'un demi-verre de liquide.

M. Boinet soutient que la disposition multiloculaire de ce kyste devait empêcher d'y pratiquer une ponction. Ces kystes aréolaires sont plus élastiques que fluctuants, et moins la fluctuation est sensible plus il faut les respecter. Il n'y avait aucune injection à tenter ici. Peut-être dans ces cas l'ovariotomie serait-elle indiquée.

M. Debout raconte qu'il y a deux ans environ une dame âgée de soixante-dix à soixante-douze ans vint le consulter pour une tumeur abdominale, qu'il crut être un kyste de l'ovaire communiquant avec la trompe. Il fut conduit vers cette idée par les faits suivants : en 1848,

cette dame avait vu s'établir par l'utérus un écoulement filant assez abondant, qui avait coïncidé avec la diminution de la tumeur. Un an après survinrent des accidents assez graves, et M. Debout, supposant que le kyste s'était de nouveau rempli, essaya de le vider par un moyen mécanique. Il fit constiper la malade avec quelques opiacés pendant deux ou trois jours, puis il la purgea. A la seconde tentative de ce genre l'écoulement de liquide se manifesta de nouveau, et a duré pendant une année.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 3 janvier 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— A l'occasion d'une présentation de kyste ovarique faite dans la dernière séance par M. A. Richard, M. Verneuil donne quelques détails sur des expériences qu'il a entreprises pour savoir si la matière colloïde contenue dans les aréoles du kyste peut être dissoute par quelque agent chimique. Cette substance est, dit-il, réfractaire à la plupart des dissolvants habituels; l'acide nitrique, la potasse, etc., ne la dissolvent pas. M. Verneuil ajoute qu'il y avait là une réunion de plusieurs kystes et non un kyste multiloculaire. La paroi de ces kystes était remarquable par le développement du système veineux. Les veines se dessinaient en saillie sur la paroi interne des aréoles et pouvaient s'enflammer sous l'influence de quelques agents irritants. D'ailleurs, il était facile de distinguer quelques-uns de ces vaisseaux remplis de caillots spontanés qui pouvaient provenir d'une phlegmasie vasculaire. Cette disposition remarquable expliquerait peut-être certains phénomènes qu'on observe dans les kystes ovariques.

M. Chassaignac demande à M. Verneuil si l'éther, qui dissout les graisses, a été essayé dans les expériences qu'il signale.

M. Verneuil répond que M. Leconte, qui a bien voulu se charger d'examiner chimiquement cette matière, a sans doute fait usage de l'éther, mais qu'il ne connaît point encore le résultat de ces recherches. D'ailleurs, il faudrait, pour dissoudre une telle substance, une quantité si grande d'éther qu'elle suffirait à anesthésier les malades.

M. A. Richard rappelle qu'il eut une fois l'idée d'injecter dans une

hématocèle un liquide alcalin capable de dissoudre les caillots. C'était une solution faible de carbonate de soude, mais elle suffit pour déterminer un abcès phlegmoneux du scrotum.

M. Huguier, tout en approuvant ces essais, reconnaît qu'ils doivent souvent être insuffisants, parce que les kystes contiennent des matières différentes d'une poche à l'autre; d'autre part, la face interne des kystes peut sous l'influence d'agents irritants se gangrener, et cette gangrène déterminera une fièvre de suppuration.

COMMUNICATIONS.

M. Larrey fait part à la Société d'un fait remarquable de blessure de la face par arme à feu.

Un officier du siége de Sébastopol est depuis trois ou quatre jours entré au Val-de-Grâce pour une lésion assez rare. Un éclat d'obus est venu le frapper au visage de gauche à droite en détachant un lambeau de la lèvre supérieure qui, replié sur lui-même, recouvrait l'œil droit. Les bords de cette vaste plaie ont été rapprochés par des points de suture, et le malade en est aujourd'hui complétement guéri. Mais il faut ajouter à cette lésion des parties molles une fracture qui a détaché horizontalement et avec une grande régularité le rebord alvéolaire de chaque mâchoire; il n'existe point en même temps de fracture verticale de l'os. Ce malade est envoyé au Val-de-Grâce pour qu'on essaye de lui remplacer par quelque moyen prothétique les dents enlevées.

M. Larrey croit devoir, en signalant ce fait à l'attention des membres de la Société, rappeler qu'il n'a guère trouvé de cas analogues.

M. J. Cloquet croit que cette fracture peut être rangée parmi les fractures par contre-coup de la mâchoire, dont il a cité quelques exemples dans une brochure publiée il y a vingt-cinq ans.

— M. le docteur Houel lit au nom de M. Bergot, médecin de l'hospice de Château-la-Vallière, une *observation d'une excroissance cornée de la couleur, la forme et la consistance d'une corne de chèvre.*

Au mois de juin 1851, dit M. Bergot, la femme Robin, âgée de soixante-huit ans, vint me montrer une ulcération qu'elle portait à la main droite. Cette petite ulcération était survenue à la suite d'un bouton écorché; elle s'était traitée avec les eaux de M. le C... (car chacun au pays a ses recettes). Après six semaines de traitement inutile, elle venait me trouver.

L'ulcération, située sur le milieu de la face dorsale de la main droite, avait la forme d'une étoile à trois rayons irréguliers, aux bords taillés à pic comme au moyen d'un emporte-pièce. Le fond était d'un rouge bru-

nâtre uni, sans bourgeon ni au centre ni près des bords. Ceux-ci étaient rose pâle, durs, luisants, mamelonnés ; mais à un demi-millimètre de distance, il n'y avait nulle trace d'inflammation ou d'ulcération à la peau.

Cette femme, ordinairement d'une bonne santé, paraissait, à travers le ravage de la misère et des années, avoir été douée d'un tempérament sanguin. Je crus n'avoir à faire qu'un petit traitement chirurgical. Avec mes ciseaux courbes sur le plat j'égalisai les bords et je touchai le fond avec le nitrate d'argent.

Les bords repoussèrent sans que le fond prît un meilleur aspect. Je continuai à abaisser les bords par l'excision, je cautérisai avec le nitrate acide de mercure, et j'employai un cérat dans lequel j'avais fait entrer un peu de sulfate de fer.

Au bout de deux mois de ce traitement (septembre 1851) je vis enfin une cicatrice complète.

La cicatrice garda l'aspect blanc, verni, tiraillé, ordinaire d'une cicatrice de moxa, pendant environ un an. Alors, en juillet-août 1852, la cicatrice perdit son aspect luisant, elle ternit; de blanche elle devint brune; elle s'épaissit, et bientôt elle fit saillie sur la peau.

Nul symptôme ne survenait; aucune douleur ou démangeaison; les pressions étaient insensibles. La peau, au contact, gardait sa couleur normale, et six mois après, en janvier 1853, l'excroissance avait la forme d'un cône tronqué de 1 centimètre de haut, et de 8 millimètres de diamètre à la base.

La mère Robin, enchantée d'avoir une main qui la recommandait à la charité publique, ne voulait plus subir aucun traitement. Le souvenir de mes coups de ciseaux, nos cautérisations, notre insuccès ne l'y engageaient point. Quant à moi, déconcerté par cette apparition, prévoyant, pour enlever cette excroissance, une large perte de substance que la peau de la brave femme aurait de la peine à recouvrir, enfin l'absence de douleur et de suppuration, je ne voulus point la tourmenter.

En octobre 1853, lors de mon départ pour Paris, l'excroissance avait bien grandi; elle avait 5 centimètres de haut. Luisante, striée, brune, elle ressemblait parfaitement à la corne d'un jeune chevreau, et n'occasionnait nulle douleur.

Au mois de juillet dernier, je retrouve dans mon service, à l'hospice, la femme Robin, dont l'excroissance avait atteint le volume qu'elle a aujourd'hui. De la base au sommet, l'apparence était la même ; la peau, au contact, était saine. C'est alors que la tumeur ressemblait admirablement à une corne de chèvre. Mais peu à peu s'établit un travail de

suppuration; une ulcération apparut à la base, puis donna issue à un liquide infect. A partir de ce moment la base ne forma plus avec la peau une ligne de démarcation bien tranchée; elle perdit sa couleur brune et son aspect de corne, pour garder l'apparence rose, luisante et mamelonnée qui se voit encore. L'ulcération s'agrandit, pour former une caverne d'où sortaient parfois des flots de cette liqueur sanieuse. La base enfin, dans ce travail d'élimination, fut percée de part en part; quelques jours de plus, et la solidité de l'excroissance était menacée.

Depuis trois mois la mère Robin, qui jusqu'alors s'était bien conservée, déclinait de jour en jour; ses forces s'en allèrent, et peu à peu, sans fièvre, sans secousses, malgré les toniques et un bon régime, elle s'éteignit le 8 octobre 1854.

M. Cloquet rappelle qu'on voit souvent sur de vieux ulcères des croûtes qui forment d'abord une couche assez épaisse, et finissent par se détacher. Mais cette disposition ne se rapporte pas au fait communiqué par M. Bergot. Il cite à ce propos un fait qu'il a observé à la Clinique. Une femme de soixante-douze ans environ est entrée dans cet hôpital avec une corne de 5 à 6 pouces de long, développée sur l'os frontal. Cette corne était striée et recourbée sur elle-même, et reposait sur une ulcération; il y avait peu de douleurs. La malade était autrefois tombée dans le feu. La peau du crâne avait été brûlée, et il en était résulté une cicatrice rayonnée et très tendue. C'est sur cette cicatrice que la corne avait pris naissance. La malade mourut, et à l'autopsie M. Cloquet put constater que cette corne était plus molle que les cornes des animaux. Il existait en même temps un ramollissement remarquable, avec altération cartilaginiforme du frontal et des pariétaux. La corne ne semblait qu'une végétation de ces lames cartilagineuses. Les méninges n'adhéraient point à la partie correspondante de l'os frontal, mais il y avait là un décollement.

M. Broca. M. Houel ne paraît pas éloigné de considérer les cornes comme une variété de cancroïde. Ce sont cependant là des choses différentes. D'ailleurs ces cornes se présentent sous plusieurs aspects. M. Broca en a vu de situées au-dessous de la peau, dans un follicule; d'autres faisaient saillie au dehors. Ces cornes sont constituées par une superposition d'écailles épidermiques. Cette lésion reste le plus souvent inoffensive; mais si l'on irrite la base de ces cornes, on enflamme la peau et on l'ulcère : il y a dès lors un cancroïde épidermique. Sur une pièce qui vient du service de M. Huguier, M. Broca a vu une corne d'un centimètre et demi, dont la base a été un cancroïde épidermique ulcéré. La communauté de structure entre les cornes et les

cancroïdes épidermiques, leurs récidives, l'ulcération cancroïdale qu'on observe à la base de la corne, ont pu faire croire à M. Houel que les cancroïdes et les cornes étaient deux affections identiques. Il n'y a toutefois qu'analogie entre ces deux lésions. M. Broca pense que s'il se développe un cancroïde sous une corne, c'est que celle-ci agit à la façon d'un corps étranger.

M. Verneuil a observé deux fois les productions cornées dont il s'agit. Dans un de ces cas, communiqué par M. Denonvilliers, la tumeur existait dans la région dorsale.. Lorsqu'on fendit le kyste qui la contenait, on ne trouva qu'une saillie formée par une accumulation de couches épidermiques, et accompagnée d'un amincissement de la peau. C'était là un kyste prolifère. Dans un second fait, la tumeur siégeait à la surface extérieure du prépuce, où il n'existe aucun follicule sébacé. Il n'a point été possible à M. Verneuil de faire l'anatomie de cette seconde corne.

M. Denonvilliers rappelle que, dans la première observation à laquelle M. Verneuil vient de faire allusion, il était arrivé au diagnostic avant l'ouverture de la tumeur. Ce qui pouvait indiquer un peu la nature de la maladie, c'était l'existence d'un grand nombre de loupes sur la tête. A l'arrivée de la malade, M. Denonvilliers soupçonna l'existence d'un kyste épidermique; on y constatait la présence de trois ou quatre colonnes formées par des accumulations épidermiques. Ces amas d'épiderme ressemblaient à des tiges de choux-fleurs; quelques fragments nageaient librement dans le liquide que contenait le kyste.

M. Broca donne quelques détails sur une corne située sous la peau du front chez un homme qu'il a observé au Bureau central. La peau était au niveau de cette corne très amincie et dépourvue de vaisseaux. Il suffit d'inciser cette mince lamelle cutanée pour apercevoir la partie externe de la tumeur. M. Broca détacha d'abord la pointe de la corne, puis il saisit de nouveau le fragment qui restait et parvint à retirer le tout.

M. Giraldès se demande si dans le fait de M. Denonvilliers il ne s'agissait pas d'un kyste pileux. Récemment il a enlevé chez une jeune fille un kyste situé sous le muscle frontal. Il existait des follicules pileux dans toute l'épaisseur du kyste.

M. J. Cloquet demande si dans le second fait signalé par M. Verneuil il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, car il a vu des verrues syphilitiques se recouvrir d'écailles épidermiques qui pourraient en imposer pour une corne.

M. Verneuil répond qu'il s'agit d'un homme de trente-cinq ans.

M. J. Cloquet ajoute qu'il a vu dans une tumeur du sternum des poils semblables à ceux dont M. Giraldès vient de parler. La tumeur était remplie de poils mêlés à un tissu corné, ramolli, blanchâtre; mais on n'a point pu trouver de poils attachés à la paroi du kyste.

M. Houel fait remarquer que dans l'observation de M. Bergot il s'agissait d'abord d'un cancroïde ulcéré; plus tard la corne a poussé sur la cicatrice. Cette cicatrice était à trois branches, la corne fut à trois branches.

M. Huguier est d'avis que ces cornes tantôt précèdent l'ulcération, tantôt lui succèdent : c'est ce qui a eu lieu dans le cas qu'a rappelé M. Broca. C'était une femme âgée qui portait une ulcération ayant envahi l'aile et le bout du nez. M. Huguier proposa l'ablation du mal, mais cette femme s'y refusa; elle ne se soumit qu'à la cautérisation. Sept ou huit mois après, l'ulcération avait envahi la sous-cloison. En même temps l'on constatait une corne principale et des papilles cornées secondaires. L'ablation de la partie malade a été pratiquée, et il existe aujourd'hui une cicatrice parfaite. M. Huguier a entamé largement la cloison et porté le fer rouge dans la plaie. La corne s'était développée sur la cicatrice.

M. Denonvilliers constate une relation entre les cancroïdes et les productions épidermiques presque cornées. Ainsi il a enlevé deux cancroïdes du nez chez un individu qui avait sur la face un assez grand nombre de tumeurs verruqueuses dures. Des faits analogues ne sont point rares.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Follin met sous les yeux de la Société un cancroïde de la grande lèvre qu'il a enlevé en même temps que des ganglions de l'aine chez une femme de cinquante-cinq ans environ. Ce cancroïde, opéré déjà il y a quatre ans, a récidivé sur place depuis plusieurs mois. Une tumeur fluctuante s'était développée dans l'aine et avait acquis le volume d'un petit œuf de poule. Elle était en grande partie formée par un kyste séreux dans un des ganglions ; le liquide contenu était une sérosité très transparente.

M. Follin appelle l'attention sur ces kystes séreux développés dans des ganglions qui correspondent à des ulcérations cancroïdales. Il rapproche en même temps ce fait d'un autre qu'il a observé récemment à l'hôpital Saint-Louis : un kyste séreux avait largement dilaté un des ganglions de l'aine chez un malade qui était atteint d'un cancer de la

verge, pour lequel on fut obligé d'enlever le membre viril et les ganglions inguinaux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 10 janvier 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Boinet, à propos de quelques remarques faites par M. Verneuil et consignées dans le procès-verbal de la précédente séance, rapporte que deux fois il lui arriva de faire des ponctions dans des kystes de l'ovaire pleins de sang. Ce liquide s'écoulait comme de la sérosité. Toutefois M. Boinet crut pouvoir pratiquer une injection iodée, et il ne survint point d'inflammation. L'hémorrhagie même s'arrêta. Ces deux faits sont là pour montrer que l'injection iodée ne détermine point de phlébite dans les kystes à parois parsemées de veines.

M. Boinet ajoute qu'il a essayé bien des matières différentes pour liquéfier le liquide contenu dans les kystes, mais qu'il n'a rien trouvé de satisfaisant.

M. Verneuil répond qu'il n'a point accusé les injections iodées de développer une phlébite dans ces kystes ; il a seulement voulu dire qu'on pouvait voir là tout ce qui se montre dans les parties où existent des veines.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit une brochure de M. Stœber, intitulée *Une excursion médicale en Allemagne.*

— M. Larrey fait hommage à la Société de la *Myologie* de Duverney, avec planches coloriées; in-folio, 1746.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Plaie de la partie antérieure du cou. — Division transversale complète de la trachée. — Écartement considérable des deux extrémités. Application d'un appareil prothétique spécial. — M. Richet communique à la Société l'observation suivante, en présentant le malade qui s'y rapporte :

François Leroy, sculpteur, âgé de trente-sept ans, dans un accès de

désespoir, essaye de se trancher le cou avec un rasoir ; à l'instant même l'air pénètre et sort bruyamment de la poitrine par cette ouverture, et le sang qui s'écoule menace de suffoquer le malade. La respiration cependant se rétablit peu à peu, et deux heures après, lorsqu'on apporte le blessé à l'hôpital Saint-Antoine, il suffit de lui faire faire quelques expirations pour débarrasser les voies respiratoires.

L'interne de garde, après avoir nettoyé la plaie des caillots qui l'obstruaient, s'apercevant de la rétraction du bout inférieur de la trachée qui se dérobait derrière le sternum, l'accroche à l'aide d'un ténaculum ; il y passe deux fils au moyen desquels il l'attire et le maintient à l'extérieur, puis, pour plus de sûreté, y introduit une canule à trachéotomie. La respiration se rétablit, et voici dans quel état je trouve le malade le lendemain 16 décembre, à la visite du matin :

Plaie transversale du cou de 7 à 8 centimètres de largeur, siégeant à un centimètre et demi environ au-dessous du cartilage cricoïde, beaucoup plus profonde à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités ; la trachée est complétement divisée en travers. Au fond de la plaie, on voit les fibres musculaires de l'œsophage qui, dans l'acte de la déglutition, se contractent au moment du passage des liquides, dont aucune goutte ne s'écoule à l'extérieur, preuve certaine que ce conduit n'a pas été intéressé.

Plusieurs autres particularités se présentent encore, mais ne méritent pas d'attirer notre attention ; le point important, celui sur lequel je veux insister, c'est la section de la trachée. La division a porté, autant qu'il est permis d'en juger, sur le quatrième ou le cinquième cerceau cartilagineux ; elle est irrégulière, et il semble que le malade s'y soit repris à plusieurs fois pour l'achever. Le bout inférieur surtout, retenu par les fils qui y ont été passés la veille, est coupé obliquement, comme tailladé, et c'est avec peine qu'on le maintient à l'extérieur ; dès qu'on l'abandonne à lui-même, il rentre sous les téguments, se plonge derrière le sternum et jusque dans le médiastin. A chaque inspiration on le voit descendre plus profondément et remonter lors de l'expiration, ce qui tient sans doute aux mouvements d'abaissement et d'élévation du diaphragme. De son côté, le bout supérieur est attiré vers l'os hyoïde et se cache sous les téguments, emporté par les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien complétement privés de leurs attaches inférieures. Il en résulte entre les deux extrémités divisées de la trachée un écartement de plus de six centimètres, qui s'augmente de près d'un centimètre dans l'inspiration, ou lorsque le malade porte la tête en arrière.

La respiration est assez facile, même lorsqu'on enlève la canule, quoique l'orifice du bout inférieur subisse alors un rétrécissement très marqué, dû sans doute à la contraction des fibres musculaires qui s'insèrent aux deux extrémités des cerceaux cartilagineux, et probablement aussi à la compression des parties molles environnantes.

La déglutition est assez facile ; quant à la voix, comme bien on pense, le malade l'a complétement perdue, l'air ne pouvant en aucune façon s'introduire dans le larynx et mettre en vibration les cordes vocales.

L'écoulement sanguin est presque tout à fait suspendu ; de temps à autre le malade expulse quelques matières sanguinolentes, et sur les côtés du bout supérieur on remarque les lobes de la glande thyroïde dont l'isthme a probablement été divisé.

J'essaye de rapprocher le bout inférieur du supérieur à l'aide des fils qui traversent le premier ; mais j'acquiers bientôt la conviction que toute tentative de suture serait non-seulement impuissante à les maintenir en contact, tant est grande la rétraction, mais encore qu'elle serait dangereuse, car le malade suffoque dès qu'on parvient à les rapprocher. Je me borne donc à maintenir le bout inférieur le plus près possible des bords de la plaie, de manière à assurer la respiration, et je supprime momentanément la canule, le malade paraissant alors respirer assez facilement.

Le lendemain 17, le malade est dans un état assez satisfaisant, mais on a été obligé dans la journée de replacer la canule, car le rétrécissement rapide de la trachée avait amené un commencement de suffocation. J'essaye de nouveau d'attirer avec les fils le bout supérieur, mais sous l'effort de ces tractions l'un d'eux cède et amène une portion d'un cerceau cartilagineux. Je remplace la canule ordinaire à trachéotomie par une autre deux fois plus longue que j'avais fait fabriquer exprès et qui me permet d'atteindre plus facilement le bout inférieur, dont la rétraction dans le médiastin a beaucoup augmenté depuis le premier examen.

Le 18, la plaie est devenue douloureuse ; le malade éprouve de l'oppression et tousse d'une manière persistante ; la nuit a été mauvaise. J'administre une bouteille d'eau de Sedlitz ; une gaze en double est placée au-devant de la canule en guise de cravate pour modérer l'entrée de l'air extérieur, dont la basse température semble très pénible au malade.

Le 20, le calme est rétabli ; la cicatrisation des bords de la plaie s'effectue très rapidement, et le bout supérieur est presque complétement caché par le boursouflement des parties molles environnantes. Je

tente d'y introduire l'extrémité du petit doigt, et je pénètre ainsi jusque dans le larynx, ce qui provoque une toux violente et convulsive; je puis ainsi constater qu'il s'est déjà beaucoup rétréci.

L'état général est très satisfaisant; le malade demande instamment à manger.

Le 21, la bronchite a beaucoup augmenté d'intensité; le malade a beaucoup de peine à détacher les crachats visqueux et sanguinolents; la plaie est gonflée et livide; enfin, le pouls s'étant accéléré, je fais pratiquer une saignée de 400 grammes.

Le 22, le calme est de nouveau revenu et depuis ne s'est pas démenti.

Le 26, les bords cutanés de la plaie sont très rapprochés, au point de ne plus pouvoir laisser passage qu'à la canule; l'écartement entre les deux bouts de la trachée ne semble pas avoir sensiblement augmenté; par une mensuration exacte, nous nous assurons qu'il est de plus de 7 centimètres et demi.

Ayant enlevé la canule et ayant bouché avec un morceau de sparadrap l'ouverture par où elle était introduite, nous constatons que le malade peut articuler quelques paroles à voix basse; mais l'inspiration est presque impossible, ce qui s'explique par le gonflement de la muqueuse laryngienne et aussi par le rétrécissement de plus en plus manifeste du bout supérieur. On peut constater qu'il se forme de toutes pièces entre les deux extrémités de la trachée une sorte de canal artificiel dans lequel elles viennent s'ouvrir, canal dont la paroi postérieure est représentée par l'œsophage, les parois latérales par les muscles environnants, les lobes de la thyroïde et le tissu cicatriciel unissant la paroi antérieure, enfin, par les téguments que ramène vers l'ouverture ce même tissu inodulaire. Pour aider à la constitution de ce canal intermédiaire, je replace la canule, me proposant de la supprimer dans quelques jours et d'obturer la plaie.

Le 2 janvier, le malade est dans un état aussi satisfaisant que possible; il respire avec facilité, mange trois portions et désire ardemment qu'on tente quelque chose pour le faire parler. Ayant enlevé la canule, je trouve le canal intermédiaire tellement bien formé que je me hasarde à le laisser ainsi sans protection, afin d'observer ce qu'il adviendra; le malade d'ailleurs respire pour le moment parfaitement bien.

Le 3, le malade a passé une nuit fort agitée; il a suffoqué, et nous fait signe qu'il veut qu'on lui replace la canule. J'examine la plaie, et

je trouve en effet que la paroi postérieure du canal intermédiaire, dans le point qui correspond à l'ouverture de la plaie extérieure, s'est rapprochée de la paroi antérieure, que le passage de l'air est singulièrement diminué. En touchant avec l'extrémité du doigt, je constate que c'est l'œsophage qui, poussé en avant, vient ainsi faire saillie dans ce trajet, et interrompt non-seulement la communication directe entre les deux bouts de la trachée, mais encore s'oppose à la libre respiration. Le canal intermédiaire tend d'ailleurs à perdre de jour en jour la direction rectiligne qu'il avait d'abord; il se coude, et forme un angle obtus, saillant en avant, autant par suite de cette projection de sa paroi postérieure que par changement de direction des deux extrémités trachéales, dont la supérieure se porte obliquement en arrière et en haut, l'inférieure en arrière et en bas. Je replace la canule, non sans quelque difficulté, et, renonçant alors momentanément à obtenir le passage de l'air du bout inférieur dans le supérieur par l'intermédiaire du canal de nouvelle formation, je songe à faire usage d'un appareil prothétique pour arriver au même résultat.

Voici comment je conçus cet appareil :

1° Un tube recourbé comme les canules ordinaires à trachéotomie, mais beaucoup plus long, destiné à être introduit dans le bout inférieur ;

2° Un tube supérieur presque rectiligne destiné au bout supérieur, communiquant largement avec l'inférieur et réuni à lui de manière à représenter à peu près la courbure du canal intermédiaire;

3° Enfin, une soupape mobile placée à l'orifice du bout inférieur à l'instar de celle imaginée par A. Bérard, permettant l'accès facile de l'air pendant l'inspiration, mais se fermant pendant l'expiration.

De cette manière, je pensais que l'air extérieur dans l'inspiration pourrait s'introduire facilement dans les poumons, tandis que dans l'expiration toute la colonne expulsée ne pouvant trouver d'issue, la soupape étant fermée, tendrait à se précipiter par le tube introduit dans le bout supérieur, et en passant par le larynx ferait entrer en vibration les cordes vocales.

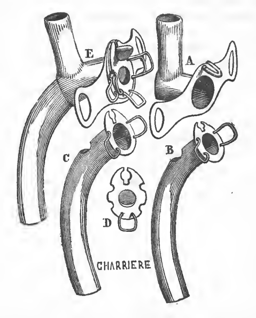
La difficulté était de pouvoir introduire par une ouverture aussi étroite que l'était celle des téguments un semblable appareil; M. Charrière fils y pourvut ingénieusement, comme on le verra par la figure ci-annexée.

A. Partie supérieure de la canule.

B. C. Les deux pièces de la partie inférieure, comme dans la canule ordinaire.

D. Soupape.

E. Toutes les pièces de la canule réunies.



L'appareil fabriqué, il fallait le mettre en place. La plus grande difficulté fut d'introduire la pièce supérieure A ; le bout supérieur de la trachée était, en effet, tellement rétréci qu'on fut obligé de le dilater préalablement. Mais dès qu'elle fut placée, ce qui put se faire dès le second jour, le reste de l'appareil s'appliqua à merveille ; le malade en vingt-quatre heures s'y habitua parfaitement, et à partir de ce moment put aller, venir, converser à voix haute, ne conservant pendant les premiers jours qu'un peu de raucité de la voix, qui chaque jour tend à disparaître.

Note additionnelle. — (Aujourd'hui 17 janvier, il demande à sortir de l'hôpital, prétendant être parfaitement apte à reprendre ses occupations.)

Reste à s'adresser une question. Maintenant qu'on a obvié aux accidents immédiats, faut-il recourir à l'autoplastie? Il y a là de grandes

difficultés, qui proviennent de l'écartement des deux bouts de la trachée et du défaut de résistance qui se montrerait dans le canal de nouvelle formation. Ce défaut de résistance favoriserait pendant les grands efforts l'affaissement de la partie restaurée, et serait ainsi la cause d'une imminente suffocation.

M. J. Cloquet. Ce fait est très remarquable par la rétraction considérable des deux bouts de la trachée. Mais il faut aussi considérer la tendance manifeste de ce canal au rétrécissement. L'on doit se demander encore si cet homme est destiné à porter toujours cette canule, ou s'il pourra un jour jouir des bienfaits de l'autoplastie. Les essais tentés par M. Richet pour laisser à la respiration son entière liberté n'ont rien de rassurant, et ne peuvent faire présumer qu'un rétrécissement de plus en plus considérable. M. Cloquet est d'avis qu'il ne faut point se presser de pratiquer ici l'autoplastie; il conseille, si la double canule n'est pas bien supportée, de fermer simplement la perte de substance avec une toile de gutta-percha.

M. Boinet croit que si l'œsophage vient, comme l'a déjà indiqué M. Richet, faire saillie entre les deux bouts de la trachée, il pourra clore complétement le canal et former un obstacle à la réparation autoplastique.

M. Chassaignac pense que l'autoplastie ne peut être tentée aujourd'hui, mais dans un certain temps elle sera peut-être praticable. La plaie de la trachée a amené un grand écartement des deux bouts de la solution de continuité, mais il peut arriver que par la rétraction du tissu inodulaire le bout inférieur remonte vers le supérieur; alors on pourrait tenter l'autoplastie. Le fait de M. Richet confirme l'opinion de Dieffenbach sur le mauvais effet de la suture dans les plaies de la trachée. M. Chassaignac l'a pratiquée entre des cartilages du larynx, où l'épaisseur était plus grande, et la section des parties n'en a pas moins eu lieu. Quant à l'idée de retenir la canule en place en la fixant dans le bout supérieur de la trachée, M. Chassaignac l'a mise depuis longtemps en pratique à l'aide d'une petite tige articulée qui se redresse sur la canule.

M. Richet répond à M. Chassaignac qu'il ne croit pas à une rétraction inodulaire suffisante pour relever le bout inférieur de la trachée et vaincre l'action du diaphragme.

M. Chassaignac pense, vu la situation profonde de la plaie, que si l'on pratiquait au-dessus de celle-ci une section qui donnerait passage à une canule, on changerait les conditions défavorables des parties pour l'autoplastie.

M. Cloquet ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac. La rétraction inodulaire n'a d'influence que lorsque la trachée est coupée incomplétement. Le phénomène actuel, c'est le rétrécissement du canal. D'ailleurs un malade peut perdre plusieurs anneaux de la trachée et bien guérir.

M. Huguier reconnaît les obstacles déjà indiqués à la curabilité de cette plaie; il pense que l'autoplastie ne donnerait pas un plancher suffisant pour résister à la pression du dehors; d'autre part les conduits pathologiques se rétrécissent plutôt qu'ils ne se raccourcissent.

— M. Richet annonce à la Société qu'il a pratiqué la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne sur un homme blessé d'un coup de feu dans la région cervicale. Aucun accident ne s'est produit au moment de la ligature, mais le lendemain il est survenu de l'hémiplégie du côté opposé à la ligature, et une hébétude complète. Aujourd'hui ces accidents tendent à disparaître. M. Richet communiquera plus tard tous les détails de ce fait à la Société.

RAPPORTS.

M. Verneuil lit un long rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Oré (de Bordeaux), professeur adjoint et chef des travaux anatomiques de l'Ecole secondaire de médecine de cette ville. L'observation a pour titre : *Fracture complète des deux os de la jambe gauche; tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne; bruit de souffle unique à la partie inférieure de cette tumeur; bruit de souffle double vers la partie moyenne.*

Les conclusions de ce rapport seront votées dans la séance suivante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Difformités des orteils. — M. Fano présente deux pièces. L'une est le second orteil amputé à un malade; la seconde un orteil enlevé sur un cadavre. Les deux orteils présentent à des degrés différents le même vice de conformation, à savoir, une flexion de la seconde phalange sur la première.

1° *Examen de l'orteil amputé.* — La seconde phalange est fléchie sur la première, de telle façon qu'elles se rencontrent toutes les deux sous un angle obtus.

L'articulation est parfaitement saine. La surface articulaire appartenant à l'extrémité postérieure de la seconde phalange offre la conformation normale; celle qui appartient à l'extrémité antérieure de la pre-

mière phalange, et qui est formée par un double condyle, s'étend dans le sens de la flexion plus loin que dans l'état ordinaire. Le tendon de l'extenseur contient, au niveau de la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne, un *noyau cartilagineux*, sorte d'os sésamoïde qui complète l'analogie qui existe entre cette articulation et celle du genou. Entre le tendon extenseur et la peau, se trouve une petite bourse muqueuse enflammée, ou plutôt renfermant dans son intérieur un tissu cellulo-vasculaire riche en globules sanguins et en fibres de tissu cellulaire. Cette bourse muqueuse communique avec l'extérieur par une ouverture fistuleuse entourée d'un épiderme épais en partie détaché, en partie conservé.

2° *Examen de l'orteil enlevé sur le cadavre.* — Epaississement considérable de l'épiderme qui recouvre la face dorsale de l'articulation; absence de bourse muqueuse de ce côté; surfaces articulaires des deux phalanges correspondantes dépouillées de leur cartilage dans les points qui ont cessé de se correspondre par le fait de la flexion de la seconde phalange sur la première.

MM. Larrey et Hervez de Chégoin parlent à ce propos des opérations de complaisance dans lesquelles on extirpe un orteil difforme. Les accidents les plus graves, et même la mort, peuvent survenir, et ils en citent des exemples. M. Hervez de Chégoin a étudié autrefois la maladie connue sous le nom d'oignon, et il a vu également sous la peau une bourse séreuse communiquant avec l'intérieur de l'articulation à travers une déchirure de la capsule articulaire.

M. Cloquet a déjà vu des os sésamoïdes dans l'expansion des tendons extenseurs. Quant aux opérations de complaisance pratiquées sur les orteils, il les regarde comme plus graves que celles qu'on fait dans les cas de maladie de l'orteil; ce qui est dû, suivant lui, à ce que le tissu cellulaire est beaucoup plus perméable lorsque l'orteil est sain que lorsqu'il est malade.

Pour prévenir d'ailleurs la propagation de l'inflammation et les fusées dans les gaînes tendineuses, il donne une bonne position au membre et ne fait que rapprocher les lèvres de la plaie au lieu de les réunir trop rigoureusement. Depuis qu'il en agit ainsi les résultats qu'il a obtenus sont très favorables.

M. Verneuil rappelle que toutes ces lésions ont été étudiées et décrites avec les plus grands détails et dans toutes leurs variétés par M. Broca dans un mémoire sur les difformités des orteils et l'influence de la forme des chaussures. Si M. Fano désire continuer ses investiga-

tions, il trouvera dans ce travail, aussi complet que possible, le résultat d'un grand nombre de dissections soignées et le résumé d'une foule de faits pathologiques.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 17 janvier 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— Après la lecture du procès-verbal, M. Houel montre à la Société une pièce de section de la trachée avec écartement des deux bouts de l'organe. Le bout laryngien est complétement oblitéré, et sur le vivant il n'a pu laisser passer du mercure. Les détails de ce fait intéressant, recueilli sur un forçat par M. Reynaud (de Toulon), ont été publiés en 1841 dans la *Gazette médicale*.

M. Denonvilliers rappelle à ce sujet l'observation d'un jeune homme qui, pour une maladie assez anomale du larynx, dut subir la trachéotomie. Pendant sept à huit ans le larynx ne put dans ce cas laisser passer l'air, et, chaque fois qu'on essaya de faire respirer le malade par les voies ordinaires, l'asphyxie devint imminente. Malgré cela, cet enfant était parvenu à se faire entendre. C'était d'abord par une espèce de sifflement qui se modifia peu à peu ; et il devint alors facile de saisir une certaine articulation des mots. On supposa que ce malade faisait entrer un peu d'air dans la cavité en cul-de-sac du larynx, puis qu'il l'expulsait lentement de façon à produire cette sorte d'articulation des mots. Au bout de sept à huit ans environ, ce jeune homme crut s'apercevoir qu'il passait un peu d'air à travers le larynx ; puis peu à peu le passage se rétablit, on put retirer la canule, la voix revint, et le malade aujourd'hui parle bien, quoique avec une voix rauque.

M. Fleury, membre correspondant, rapporte qu'il a souvent entendu M. Jules Roux parler du forçat dont M. Reynaud a retracé l'histoire. Ce malade déglutissait l'air, et quand il en avait avalé une quantité suffisante, il l'expulsait et produisait ainsi l'articulation des mots.

M. Houel ajoute que pour arriver à ce résultat ce forçat était obligé de faire une profonde inspiration qui le fatiguait beaucoup.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente à la Société un malade auquel il a pratiqué la ligature de l'artère humérale pour une hémorrhagie secondaire. Cet homme eut un doigt écrasé, et cette blessure s'accompagna bientôt d'une inflammation phlegmoneuse avec épanchement de pus dans la gaîne des fléchisseurs ; puis l'inflammation gagna le tissu cellulaire de l'avant-bras et exigea une incision. Douze jours se passèrent sans accident ; mais au bout de ce temps il survint une hémorrhagie qui se renouvela le soir, et pour laquelle M. Chassaignac se décida à lier l'artère humérale. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement et ne reparut plus, quoique le pouls fût perceptible dans la radiale dès le lendemain.

M. Chassaignac communique ce fait comme un renseignement dont il faudra tenir compte dans la discussion des ligatures d'artères pour des hémorrhagies consécutives.

M. Robert. Il y a dans la question que vient de soulever M. Chassaignac deux faits :

1° L'hémorrhagie consécutive ;

2° Le procédé opératoire.

M. Robert établit d'abord que son honorable collègue a bien fait de ne point recourir à la ligature des deux bouts du vaisseau, car l'hémorrhagie était due sans doute à un ramollissement des tuniques artérielles. Cela constaté, reste à préciser le procédé opératoire. M. Robert ne pense pas que, dans des cas analogues à celui de M. Chassaignac, la ligature suivant la méthode d'Anel, au lieu d'élection entre la collatérale interne et l'externe, offre une grande sécurité. D'autre part, plus on se rapproche de l'extrémité inférieure du membre, plus les anastomoses sont nombreuses, moins le résultat est certain. L'incertitude de ces données a conduit M. Robert à un procédé opératoire différent.

Un individu se coupa l'artère radiale, et Blandin en lia les deux bouts. Plus tard ce même homme s'enfonça un morceau de verre sur le trajet de la cubitale et se blessa ce vaisseau. M. Robert fit à un jour de distance la ligature des deux bouts de l'artère cubitale. L'hémorrhagie s'arrêta ; mais au bout de huit jours on sentait vers la partie moyenne de l'avant-bras une tumeur pulsatile qui dès le lendemain avait fait quelques progrès. Réfléchissant, d'une part, à la circulation anastomotique si multipliée qui existe autour du coude et, d'autre part, à la disposition ascendante des branches que fournit l'humérale au niveau du moignon de l'épaule, M. Robert crut qu'il était plus convenable de lier l'artère dans ce dernier point à sa partie supérieure. Cette opé-

ration fut suivie de succès ; la tumeur pulsatile, qui provenait peut-être d'une lésion de l'interosseuse, cessa de battre, et le malade guérit. Quatre ans après, il mourut d'albuminurie.

Il y a deux ans, M. Robert eut à soigner un jeune homme qui était atteint de cette lésion singulière des artères formée d'abord par une atrophie de la tunique musculaire du vaisseau qui se dilate, s'ulcère et donne lieu à des épanchements sanguins. Il existait chez ce jeune homme une tumeur de l'avant-bras très douloureuse et sans battements. M. Robert regarda cette maladie comme un abcès profond ; il y fit une incision, et un jet de sang jaillit fortement au dehors. Le doigt plongé dans la plaie fit reconnaître une cavité considérable. M. Robert comprima l'artère, réunit la plaie par première intention, et plus tard lia la brachiale à sa partie supérieure : le sang cessa de couler. Mais au bout de dix jours, à la chute de la ligature, une hémorrhagie très forte eut lieu, et le malade mourut.

Il y a quelques jours, M. Robert avait dans ses salles à l'hôpital Beaujon un homme qui avait été mordu par une femme. L'index avait été broyé, et cette blessure fut l'origine d'un phlegmon gangréneux de la paume de la main. Il y eut hémorrhagie, et M. Robert, éclairé par les deux faits antérieurs, lia l'artère à sa partie supérieure. Aujourd'hui cette opération date de quinze jours ; le malade va bien, et la circulation n'est point encore rétablie.

Il s'est présenté là un phénomène déjà constaté par M. Gerdy sur un malade auquel il avait lié la fémorale : c'est une détuméfaction subite du membre ; d'autre part, le bout du doigt s'est gangrené par excès d'inflammation.

Voilà trois faits dans lesquels cette ligature de la brachiale à la partie supérieure du membre a réussi pour des plaies de l'artère cubitale, de l'artère interosseuse, de la radiale dans la paume de la main. La conclusion générale qui ressort de ces remarques, c'est que dans la ligature de l'humérale on n'a point à craindre la gangrène du membre, mais plutôt le retour intempestif de la circulation.

M. Broca. La question soulevée par M. Robert est très importante, car il s'agit de savoir si on doit avoir recours dans ces hémorrhagies à la méthode ancienne ou à la méthode de Dupuytren. Mais notre collègue a laissé dans l'oubli une méthode qui a eu aussi ses succès et qui n'a point les dangers des opérations : c'est la compression. La compression, à la vérité, n'a point toujours réussi, mais c'est qu'elle n'a pas toujours été faite convenablement d'après les méthodes modernes.

M. Broca pense que dans des hémorrhagies semblables à celles dont

le malade de M. Chassaignac a été atteint, il suffirait pour arrêter le cours du sang d'appliquer plusieurs tourniquets sur le trajet du vaisseau. La ligature est inférieure à la compression, car elle n'a pas plus de prise que celle-ci pour diminuer le passage du sang, et d'autre part elle est bien plus dangereuse.

M. Broca rappelle que deux malades opérés, comme celui de M. Chassaignac, par Blandin ont succombé, et celui de notre collègue a passé par de graves accidents Mais, si on échoue par la compression, faut-il débrider la plaie et lier les deux bouts de l'artère ou pratiquer la ligature suivant le procédé de M. Robert? M. Broca se range du côté de la méthode de Guthrie.

M. Robert. Il y a dans l'argumentation de M. Broca plusieurs questions différentes. Il faut y répondre successivement : ainsi, quant à l'opportunité de la ligature des deux bouts du vaisseau lésé, il faut reconnaître que ce procédé n'est point applicable aux parties qui sont envahies par des fusées gangréneuses, car l'on ne peut aller à la recherche des bouts de l'artère à travers les tissus sphacélés. M. Robert ajoute que, quant au perchlorure de fer, il ne le croit pas souvent applicable ici, car c'est un caustique. La compression a, en vérité, été trop négligée. Mais comment l'appliquera-t-on sur des plaies, sur des inflammations phlegmoneuses? Elle agit comme la ligature à la partie moyenne du bras, mais c'est déjà l'insuffisance de cette ligature qui a fait chercher quelque chose de plus efficace. D'ailleurs, si la compression échouait, le malade serait dans des conditions plus fâcheuses. Ainsi, sur deux individus qu'il avait opérés d'anévrisme, M. Robert a vu la compression faite préalablement dilater les vaisseaux et nuire au succès de l'opération..

M. Broca a dit que M. Robert proposait une méthode dangereuse, puisqu'elle comptait un mort, et peut-être deux. Mais celui-ci répond qu'il faut tenir compte de la nature de la maladie, car l'un des opérés était atteint d'une ulcération des artères, et l'autre a succombé à l'infection purulente.

M. Gosselin cherche à établir que dans ces hémorrhagies consécutives il ne faut point, pour découvrir les deux bouts du vaisseau, se contenter d'une incision longitudinale ; il propose d'y joindre aussi une incision transversale, qui permet d'arriver plus facilement au vaisseau blessé. M. Gosselin cite alors un fait rappelé dans la thèse de M. Mesnet.

Il s'agissait, pour une blessure d'une branche de l'artère fémorale profonde par un coup de feu, de lier l'iliaque externe ou d'employer la modification que M. Gosselin indique. M. Michon fit une incision trans-

versale très profonde; les muscles se rétractèrent, et l'on put lier facilement le vaisseau. M. Gosselin regrette de n'avoir point agi de la sorte dans une plaie de la fémorale profonde qui nécessita la ligature de l'iliaque externe.

M. Giraldès. M. Robert a parlé d'artères qui pouvaient s'ulcérer. Au lieu d'une ulcération primitive, ne serait-ce pas plutôt une perforation du vaisseau de dehors en dedans par un phlegmon? Dans des angines scarlatineuses, l'on a vu un phlegmon se propager jusqu'aux artères et amener une perforation du vaisseau.

M. Giraldès, revenant à l'action du perchlorure de fer, soutient que cet hémostatique n'a point une action caustique; puis, à propos d'un rapport fait récemment à l'Académie de médecine, et qui tend à attribuer à quelques chirurgiens militaires l'emploi du perchlorure de fer dans les hémorrhagies au fond des plaies, il réclame la priorité de cette idée en faveur des membres de la Société de chirurgie. M. Giraldès fait enfin remarquer que Guthrie et John Bell ont procédé comme l'a indiqué M. Gosselin.

M. Larrey est d'avis que, dans la plupart des plaies récentes, il faut rechercher les deux bouts du vaisseau. Mais s'il se développe des accidents phlegmoneux dans la plaie, l'on pourra avoir recours à la compression. Enfin l'on ne pratiquera la ligature du tronc principal qu'en dernier lieu. D'autre part, M. Larrey s'étonne qu'on n'ait pas plus souvent recours à la compression directe dans la plaie, car il en a vu plusieurs cas très heureux. Quant aux incisions transversales, recommandées par M. Gosselin, elles rentrent dans ces débridements multiples qu'on pratique souvent pour découvrir les vaisseaux.

M. Giraldès a fait allusion à un rapport communiqué récemment à l'Académie, et il a réclamé en faveur de la Société de chirurgie l'emploi du perchlorure dans les hémorrhagies qui compliquent les plaies; M. Larrey répond qu'il ne s'agissait pas dans ce rapport du perchlorure de fer, mais d'autres moyens hémostatiques dont les chirurgiens militaires se sont depuis longtemps préoccupés.

M. Verneuil rappelle un cas de blessure artérielle dans le premier espace inter-osseux. On ne put lier les deux bouts du vaisseau, et, malgré une compression directe assez énergique, l'hémorrhagie se renouvela trois fois. Enfin M. Verneuil parvint à l'arrêter en rapprochant fortement le premier métacarpien du deuxième, et en comprimant à l'aide de compresses graduées la cubitale et la radiale au niveau du poignet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Demarquay montre un porte-plume qu'il a extrait de l'urètre. Cet objet, qui se compose de deux pièces, n'a pu être retiré qu'en deux fois. L'urètre, qui se contractait violemment sur le corps étranger, le retenait assez solidement en place.

— M. Danyau présente un placenta offrant à sa face utérine deux larges et profondes dépressions produites par des caillots formés à la suite d'une hémorrhagie inter-utéro-placentaire dans les derniers temps de la grossesse. L'une, à peu près circulaire, a 5 centimètres et demi de diamètre; l'autre, allongée, en a 10 sur 5 et demi. Le caillot qui correspondait à la premiere pèse 40 grammes; celui qui était en contact avec la seconde 170 grammes; l'un et l'autre très noirs, et plus consistants que les caillots récemment formés.

La femme chez laquelle ce placenta a été recueilli est une jeune primipare de vingt-deux ans, enceinte de sept mois et demi, entrée à la Maternité le 15 janvier à quatre heures du soir, qui depuis la veille ressentait de vives douleurs lombaires, et avait perdu un peu de sang depuis neuf heures du matin. A son entrée, l'écoulement sanguin avait cessé. L'accouchement se termina naturellement à huit heures et demie du soir. L'enfant, qui s'était présenté en première position du sommet, naquit mort. Pendant le travail, il avait été impossible d'entendre les battements du cœur. La mort résultait sans aucun doute du décollement étendu du placenta antérieur à l'accouchement. La cause de ce décollement prématuré est restée inconnue : point de chute pendant la grossesse, point de violences extérieures, point d'émotions morales; on ne peut même invoquer la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, qui n'avait pas moins de 53 centimètres, et ne formait de circulaires autour d'aucune partie du fœtus. Rien ne porte à croire, d'après les réponses de l'accouchée, que de brusques mouvements de l'enfant aient tiraillé le cordon et décollé le placenta; de grandes fatigues dans son état d'ouvrière en parfumerie, telle est la seule cause que cette femme assigne à son accident.

L'hémorrhagie, tant externe qu'interne, qui a eu lieu dans ce cas, a été fatale à l'enfant, et n'a point d'influence fâcheuse sur la mère; ce n'est que dans quelques cas très rares, où elle avait été excessive, qu'elle a donné lieu à des symptômes graves. M. Danyau n'en a jamais observé de cette espèce, tandis qu'il en a vu, tant à la Maternité que dans sa pratique particulière, plusieurs du genre de celle qu'il

vient de faire connaître, et qui, sans effet sensible sur la mère, ont été fatales à l'enfant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

Séance du 26 janvier 1855.

Présidence de M. GOSSELIN, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. HOUEL communique un fait de section de la trachée observé par le docteur Breslau (de Munich) dans la clinique du docteur Langenbeck, à Berlin, et rapporté dans *Aerztlicher Intelligenz-Blatt*, von Bayern, 1854, nº 19.

Voici ce fait :

Un homme, tailleur de profession, dans une tentative de suicide, s'était coupé le cou avec un rasoir au niveau du ligament crico-thyroïdien et avait pénétré dans le larynx. Un médecin, qui fut bientôt appelé, réunit la plaie avec des sutures ; mais peu de temps après, voyant survenir des signes d'œdème de la glotte, il fut obligé d'éloigner quelques sutures et de laisser ouverte une partie de la plaie, afin que l'air pût pénétrer à travers jusqu'aux poumons. Une inflammation du larynx survint, et le canal laryngien finit par se fermer en se rétrécissant peu à peu.

Au mois de novembre 1853, un an après la blessure, le malade entra à l'hôpital. Il avait perdu complétement la voix et ne respirait que par l'ouverture artificielle de la trachée. Le malade étant résolu à subir toute espèce d'opération, M. Langenbeck se décida à tenter s'il pourrait disjoindre avec un ténotome la cicatrice qui s'était faite entre la partie inférieure et la partie supérieure du larynx. En effet il réussit si bien qu'on entendit brusquement entrer et sortir l'air, et qu'on put faire passer une mince bougie qui sortait par la bouche. L'opération, quoique exécutée très promptement, causa cependant un étouffement très grand, non-seulement parce que le malade fut forcé de retenir la respiration pendant que l'opérateur désobstruait avec son instrument la fistule laryngienne, mais encore parce que quelques gouttes de sang provenant de l'incision coulèrent au fond de la trachée. Cependant l'état ne devint pas plus grave, et dix minutes après le ma-

lade respirait mieux ; on entendait aussi une voix sombre et rauque qui commençait à s'établir. On introduisit par la fistule une canule, et peu de jours après on mit une sonde en gomme élastique à travers cette canule, de manière que d'un bout elle pendait dans la cavité de la trachée, descendant à quelques centimètres au-dessous de la fistule, et de l'autre bout elle sortait par la bouche. C'est ainsi qu'il y avait une communication pour le passage de l'air, quoique insuffisante à cause de l'étroitesse du nouveau canal et de la sonde.

Le malade ne put au commencement supporter l'instrument que quelques minutes ; mais, après un exercice continué, on put laisser la sonde jusqu'à dix minutes en place. On augmenta immédiatement le volume de la sonde, et on parvint à en introduire une du diamètre du petit doigt. Le malade, en mettant un doigt sur l'ouverture externe de la fistule, pouvait bientôt se faire comprendre ; la voix s'améliorait de semaine en semaine. La respiration devint régulière en prenant le chemin ordinaire, et lorsque le docteur Breslau quitta Berlin, quatre mois plus tard, il vit le malade se promenant et parlant à peu près comme s'il était enrhumé.

C'est à cette époque que M. Langenbeck pensa à faire une seconde opération qui devait consister à rafraîchir les bords de la fistule et à les réunir ensuite. M. Breslau a appris plus tard que cette opération avait été faite avec le plus heureux succès et que le malade était sorti de la clinique complétement guéri.

— M. Demarquay raconte à la Société qu'il a vu ces jours-ci un malade opéré, il y a quelques années, par Lesauvage (de Caen) pour un anévrisme artérioso-veineux à la partie inférieure de la cuisse, au niveau du troisième adducteur. En examinant aujourd'hui l'état des vaisseaux, on constate encore la persistance d'un susurrus au point où siégeait naguère l'anévrisme.

LECTURES.

M. le docteur Philippeaux lit un mémoire intitulé *Des caustiques en général*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Larrey, Bouvier, Richard.

M. Verneuil lit de nouveau les conclusions de son rapport sur le travail de M. le docteur Oré (de Bordeaux).

Ces conclusions sont :

1° Des remercîments à l'auteur ;

2° L'insertion de son travail dans les mémoires de la Société.

Elles sont mises aux voix et adoptées. Le rapport de M. Verneuil est aussi renvoyé au comité de publication.

— M. le docteur A. Richard communique le rapport suivant sur la thèse inaugurale de M. Léon Ferrier :

Messieurs, M. le président m'a chargé de vous rendre compte d'un travail que vous a présenté M. Léon Ferrier (de la Nouvelle-Orléans) et qui est intitulé *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus.* Il est inséré parmi les thèses de la Faculté pour 1854.

La thèse de M. Ferrier est pleine d'originalité. L'auteur a su très heureusement profiter de l'indépendance permise dans des œuvres de cette nature, en ne s'attachant qu'à quelques points très limités de l'anatomie pathologique de l'utérus, sur lesquels il jette une vive lumière.

C'est sous les yeux et la direction de M. Charles Robin que M. Ferrier a poursuivi ses recherches, qui se trouvent ainsi appuyées de toute l'autorité de notre savant confrère. Trois belles planches, coloriées pour la plupart et dues à M. Lackerbaüer, ajoutent à la clarté des descriptions.

Je vais brièvement analyser devant la Société les quatre parties de cette thèse.

La première a trait à l'anatomie pathologique des fongosités, végétations et granulations du corps de l'utérus. Si le diagnostic de cette affection est souvent obscur, l'organisation du produit morbide est d'une grande simplicité et toujours la même. On y retrouve tous les éléments normaux de la muqueuse utérine, seulement plusieurs d'entre eux en plus grande proportion. Les analyses de MM. Ch. Robin et Ferrier ont été faites un grand nombre de fois et sur des débris de végétations amenés par la curette chez des opérées et sur des productions analogues offertes par des cadavres.

M. Ferrier insiste sur l'augmentation de volume que la matrice subit en ces circonstances, ainsi que sur l'amincissement et le ramollissement de son tissu. Cette mollesse du tissu utérin doit être bien présente à l'esprit des chirurgiens. J'ai été témoin d'un fait qui va en fournir la preuve à la Société :

Dans un service de chirurgie, j'assistais récemment un de nos maîtres à une visite du soir. Une femme offrait tous les signes d'une affection granuleuse de la muqueuse utérine. Le chirurgien, qui le matin n'avait point eu de curette à sa disposition, venait exprès à l'hôpital pour faire l'application de l'instrument. La curette fut introduite très

facilement et avec une grande douceur, quand tout à coup, au lieu de la résistance ordinaire d'une tige métallique emprisonnée dans une cavité, le chirurgien, à la liberté de sa main, comprit ce qui venait de survenir. Il me dit : « Mettez la main sur l'hypogastre. » Je sentis à travers les téguments de l'abdomen, très amincis chez cette femme à la suite de plusieurs couches, je sentis, dis-je, presque à nu le bec de la curette, qui avait percé le fond de l'utérus. La femme garda le repos; elle éprouva quelques douleurs de reins, mais n'eut point de fièvre ni perte d'appétit ou de sommeil, et au bout de quarante-huit heures il n'y paraissait plus. Le chirurgien éminent que j'assistais en cette circonstance avait été déjà témoin de plusieurs accidents semblables, et sans plus fâcheux résultat. Mais la connaissance de ces faits n'en doit pas moins imposer une grande prudence aux praticiens.

On peut voir deux figures de M. Léon Ferrier où les végétations utérines, plus discrètes et plus développées, constituent de véritables polypes de la muqueuse utérine. Ces polypes peuvent-ils prendre plus de développement et venir saillir à travers le col? Cela est possible. Quoi qu'il en soit, au point de vue purement anatomique, ils viendraient se grouper à côté des polypes utéro-folliculaires décrits par notre savant président, ces derniers n'appartenant jamais qu'à la portion cervicale de l'utérus.

M. Huguier, dans ses deux mémoires, l'un sur les polypes utéro-folliculaires, l'autre sur les kystes de plusieurs points de l'appareil génital de la femme, nous a montré les liaisons intimes qui unissent l'organisation des kystes et des polypes particuliers, qu'il a le premier fait connaître. M. Ferrier nous en fournit un nouvel exemple. A côté des granulations de la muqueuse utérine, puis de ces végétations polypiformes qu'indiquent ses figures, il signale, dans la deuxième partie de sa thèse, les kystes de la muqueuse du corps de l'utérus, dont personne n'avait encore parlé.

« En ouvrant avec M. Robin une vingtaine d'utérus de femmes, dont la plus âgée n'avait que cinquante-deux ans, nous avons pu, dit-il, rencontrer assez fréquemment l'altération dont il va être ici question. Cette lésion est intéressante en ce qu'elle se rattache à la structure, et démontre une fois de plus ce fait, que j'ai entendu si souvent répéter à M. Robin, que la plupart des lésions qui nous frappent, paraissant singulières ou des productions nouvelles au sein des tissus, ne sont (à part le cancer et le tubercule) que les modifications ou altérations de volume, de forme, de nombre, ou surtout de structure des organes normaux et des éléments anatomiques qui constituent leur tissu.

» Sur la muqueuse du corps de l'utérus, nous avons trouvé de petites tumeurs saillantes, arrondies, quelquefois pédiculées, plus ou moins transparentes. Leur nombre varie; nous avons pu en compter jusqu'à trente sur la muqueuse du corps seulement, de telle sorte que toute la surface interne de l'organe en paraissait pour ainsi dire criblée. Leur volume est variable, quelquefois presque imperceptible; il varie en général du volume de la tête d'une épingle à celui d'une petite noisette.

» Il est assez commun de voir ces petits kystes offrir une surface brillante et une transparence qui les font se rapprocher de l'aspect que présentent les sudamina à la surface de la peau. En passant le doigt sur la surface de l'utérus, dans les points où se trouvent ces kystes, ils donnent la sensation de petits grains rénitents, un peu élastiques, à surface lisse et arrondie. Il résulte de cette distribution de ces petits kystes un aspect rugueux particulier de la muqueuse de l'utérus, dont chaque rugosité, ne dépassant pas au plus le volume d'une grosse tête d'épingle, se fait remarquer par sa demi-transparence, demi-transparence qui peut, si l'on n'y donne une certaine attention, empêcher de voir l'altération dont il est ici question.

» Si on incise ces petites tumeurs, on voit aussitôt s'écouler un liquide blanc opalin. Dans un cas, nous avons trouvé dans l'intérieur d'un de ces kystes une matière jaunâtre semblable à de la matière tuberculeuse, mais n'en étant pas. Les parois de ces petits kystes sont très-minces, transparentes, finement injectées de petites arborisations vasculaires; la muqueuse, tout à l'entour, participe à cette injection. »

On suivra avec intérêt, dans les pages suivantes, l'étude microscopique de ces kystes, où se découvre la main habile du maître qui a guidé M. Ferrier, et toute cette seconde partie du travail forme une page entièrement neuve dans l'histoire pathologique de l'organe utérin.

La troisième partie, à défaut de ce mérite d'une entière nouveauté, est un choix de curieuses remarques sur les polypes fibreux de l'utérus. La structure élémentaire de ces tumeurs y est présentée avec une grande clarté, d'après les analyses dues à notre collègue M. Lebert, et qui datent déjà de quelques années. Au milieu d'une matière amorphe, finement granulée, très tenace, et de quelques éléments fibro-plastiques, on trouve à peu près en égale proportion des faisceaux de fibres musculaires de la vie organique, et de fibres de tissu cellulaire; et MM. Robin et Ferrier, après M. Lebert, démontrent que les polypes et tumeurs fibreuses de l'utérus sont en réalité musculo-cellulaires, et principalement musculaires.

L'originalité du travail de M. Ferrier reparaît dans la quatrième et

dernière partie. Celle-ci est la description de six utérus offrant la muqueuse infiltrée de sang. L'auteur fournit ainsi la preuve que cette lésion est loin d'être rare, et un jour peut-être les cliniciens sauront profiter de cette donnée d'anatomie pathologique.

En résumé, le travail de M. Léon Ferrier est digne de tous les éloges et de tous les encouragements de la Société de chirurgie. Nous devons voir avec plaisir les jeunes docteurs soumettre à l'appréciation de la Société le fruit de leurs premiers efforts, lorsque surtout, comme dans ce travail, les résultats obtenus sont pleins d'importance et de nouveauté.

Je propose à la Société de déposer la thèse de M. Ferrier dans ses archives.

M. Verneuil appelle un instant l'attention des membres de la Société sur cette perforation des parois utérines signalée dans le rapport de M. Richard, et il demande à cet égard quelques explications à M. le rapporteur. Quoique cette perforation ait paru innocente, elle n'en constitue pas moins un accident redoutable.

M. Richard répond que, malgré la ténacité supposée du tissu utérin, il se laisse perforer assez facilement lorsqu'il est malade.

M. Richet vient confirmer la facilité de ces perforations. Il a vu pendant le choléra de 1849, à l'hôpital de Lourcine, un assez grand nombre de pièces relatives à des fongosités utérines. Il s'est assuré aussi qu'on pouvait passer facilement une curette à travers les parois utérines lorsqu'il existait un ramollissement, même en dehors des fongosités.

M. Demarquay signale la minceur des parois utérines dans un cas de cancer du col.

M. Michon a entendu M. Richet parler de la fréquence des fongosités de la cavité du corps de l'utérus; mais il n'en a jamais vu. Il voudrait qu'on lui en fît voir, non avec la curette, mais directement dans l'organe.

L'on a dit que la curette pouvait passer de la cavité utérine dans le ventre. Il est porté à croire que cela pourrait bien être plutôt le résultat de la manœuvre que de la minceur des parois utérines. Il ne faut point un ramollissement de la vessie pour perforer cet organe. L'on cite parfois un accident arrivé dans les hôpitaux de Paris et que la tradition nous a livré; c'est ce fait d'un chirurgien qui, sondant un malade atteint d'ascite, perfora la vessie sans s'en douter et vit sortir, au lieu d'urine, des flots du liquide contenu dans la cavité abdominale.

M. Richet. Je regrette beaucoup, dit-il, de n'apprendre qu'en ce

moment que M. Michon n'a jamais eu l'occasion de voir des fongosités du corps de l'utérus en dehors de l'état de cancer, car j'aurais pu lui en montrer plusieurs cas. Pendant le chôléra de 1849, alors que j'étais chargé du service de Lourcine, j'ai eu l'occasion de faire un nombre considérable d'autopsies de malades atteintes d'affections utérines, et j'ai constaté à plusieurs reprises l'existence non douteuse de ces fongosités ; depuis j'ai poursuivi mes recherches sans interruption, et sur cent et quelques cadavres dont j'ai examiné l'utérus, j'ai recueilli un nombre d'observations assez notable de ces fongosités, que je ne pourrais préciser en ce moment, mais qui n'est certainement pas inférieur à sept ou huit. Dans ces cas, j'ai remarqué que l'utérus était toujours plus volumineux et que son diamètre antéro-postérieur, mesuré de l'orifice du col au fond de la cavité, présentait une augmentation de quatre à cinq centimètres, c'est-à-dire qu'au lieu de cinq centimètres il en offrait neuf à dix.

Toutes les femmes chez lesquelles j'ai rencontré ces fongosités avaient eu des enfants, et chez celles dont j'ai pu recueillir l'histoire l'accouchement ne remontait pas au delà de deux ans. C'est là un des points les plus importants peut-être de l'histoire de cette affection, car, lorsqu'après avoir fendu l'utérus j'étudiais ces fongosités, je remarquais qu'elles ne siégeaient que sur un point parfaitement limité de la cavité utérine et qui m'a paru répondre à l'insertion placentaire.

Ces fongosités se présentaient sous l'apparence de petites saillies libres et flottantes dans la cavité utérine, de longueur variable, les plus petites dépassant à peine le niveau de la muqueuse, les plus longues pouvant acquérir jusqu'à huit et dix millimètres ; leur forme était généralement celle des papilles fongiformes de la langue, mais plus allongées.

Je les ai toujours trouvées en nombre assez considérable, serrées et dressées les unes contre les autres ; en passant et repassant le doigt à la surface de la muqueuse, on les couchait et recouchait alternativement. Elles semblaient parcourues par des faisceaux nombreux qui se gorgeaient de sang lorsqu'on pressait fortement les parois utérines devenues elles-mêmes beaucoup plus vasculaires, et cet abord du liquide sanguin leur donnait une belle couleur groseille.

J'ai fait dessiner quelques-unes de ces fongosités, et j'ai prié M. Robin d'en examiner la structure au microscope ; sa réponse a été *tissu fibro-plastique* mélangé de vaisseaux.

Dans la plupart des cas, je n'ai pu recueillir que des renseignements vagues sur les symptômes auxquels elles avaient donné lieu pendant la

vie ; mais j'ai pu observer avec soin deux malades chez lesquelles l'autopsie me permit de découvrir la cause des accidents qu'elles avaient éprouvés.

M. Maisonneuve s'étonne que M. Michon n'ait pas vu ces fongosités. On les voit sur le cadavre ; et sur le vivant on peut extraire d'une à trois cuillerées de ces fongosités. Dans un cas il put en extraire plein les deux mains, et la malade a bien guéri. M. Récamier, qui faisait souvent ces sortes d'opérations, pouvait quelquefois extraire des fragments de muqueuse utérine ; mais, dans d'autres cas, il ôtait de véritables fongosités.

M. Demarquay confirme l'existence de ces fongosités sur le cadavre.

M. Cloquet parle d'abord du ramollissement de l'utérus, et il cite comme exemple de cette lésion le fait suivant :

Une femme âgée de vingt-huit à trente ans, qui n'avait eu qu'un enfant, se plaignit d'hémorrhagie quatre mois après son accouchement. Il existait une légère dilatation du col qui laissait sortir une petite tumeur piriforme, soutenue par un pédicule très étroit. La malade se plaignait d'une exsudation sanguine. Une ligature fut appliquée sur le pédicule de cette tumeur et détermina une péritonite. On relâcha la ligature ; toutefois la malade mourut, et l'autopsie fit découvrir une inversion de l'utérus, devenu membraneux et ramolli.

M. Cloquet croit que par des manœuvres maladroites on peut perforer l'utérus ; des sondes en gomme élastique laissées à demeure dans la vessie ont perforé facilement cet organe.

Quant aux granulations, très analogues aux bourgeons charnus, M. Cloquet ne les a trouvées que rarement.

Il pense que le râclage utérin n'est pas une opération sans danger. Il cite un fait de mort à sa suite, et est d'avis qu'il est plus convenable d'avoir recours aux caustiques.

M. Robert croit que la question soulevée devant la Société est très importante. L'on accueillait autrefois avec risée les premiers faits de Récamier, et M. Robert lui-même hésita. Mais après avoir constaté un certain nombre de succès, il s'est décidé à avoir recours à ce procédé. Ce râclage est surtout utile dans les leucorrhées rosées lorsque le col et la cavité utérine sont le siége de fongosités. Dans ces cas, Récamier introduisait sa curette dans l'utérus, y portait ensuite le nitrate d'argent et obtenait d'incontestables succès. M. Robert a examiné sur le cadavre 70 à 80 utérus, et il a trouvé quelquefois des granulations là où le placenta s'était développé. On dirait qu'il y a là de petits cotylédons placentaires. Quelquefois c'est du tissu fibro-plastique, quelquefois des

glandules utérines. M. Robert termine en exprimant le vœu que cette question soit mise à l'ordre du jour et discutée.

M. Hervez de Chégoin rapporte qu'il vit enlever comme cancéreuse une matrice énorme ; il n'y avait pas de cancer, mais on trouva la cavité utérine remplie par une masse tomenteuse, jaunâtre. L'utérus était dilaté ; il y avait aussi entre ces productions morbides un espace qui recélait un liquide séro-sanguin. Cette femme souffrait de pertes sanguines assez considérables. Voilà pour les fongosités utérines. Quant à l'emploi des curettes, M. Hervez le rejette, après avoir vu des accidents très graves survenir. Dans un cas, il y eut un abcès du petit bassin qui nécessita une incision, laquelle fut suivie d'une hémorrhagie grave. On dut tamponner, car l'hémorrhagie était très abondante , et la malade a couru les plus grands dangers.

M. Lenoir pense qu'on a pris pour des fongosités utérines une sorte de pseudo-membrane qui se forme dans l'utérus à certaines époques menstruelles, et qui est due à une hypertrophie folliculaire de la muqueuse. Récamier a sans doute observé des faits analogues. Il cite alors le fait d'une femme à laquelle Récamier avait fait subir plusieurs curages, et qui vint succomber à l'hôpital Necker. L'autopsie ne fit découvrir aucune fongosité dans l'utérus.

M. Follin croit à l'existence de ces fongosités utérines et aux accidents qu'elles produisent. Il fait remarquer que dans certains cas la quantité de fongosités extraites dépasse de beaucoup ce que pourrait fournir le simple râclage de la muqueuse utérine, et même de la membrane dont vient de parler M. Lenoir. Deux fois il a pratiqué cette opération : récemment, à l'Hôtel-Dieu, chez une femme atteinte d'hémorrhagies continues, quoique faibles. Le résultat immédiat a été très satisfaisant ; mais la malade, sortie au bout de quelques jours de l'hôpital dans un très bon état, n'a point été revue. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme opérée une première fois par Récamier pour des hémorrhagies de la même nature. Cette femme resta deux ans guérie. Quelques hémorrhagies étant revenues à cette époque, cette malade, après la mort de Récamier, vint de nouveau réclamer l'emploi de la curette. L'utérus fut curé avec soin et sans accident. Deux cuillerées de fongosités environ furent extraites, et depuis deux ans et demi la malade est très bien guérie.

M. Hervez de Chégoin rappelle le fait d'uue jeune fille de quatorze ans qui souffrait de pertes sanguines. La matrice était grosse et abaissée. On eut recours au tamponnement. Cette malade rendait de petites tumeurs polypiformes, comme des grains de framboise.

M. Richet s'élève contre l'explication proposée par M. Lenoir. Il y a des fongosités isolées qui ne sont point comparables aux productions membraneuses; elles apparaissent, en général, sur le lieu de l'implantation placentaire.

M. Forget fait d'abord remarquer que le mot fongosités a pu tromper les chirurgiens. Ces lésions ont sans doute été déjà connues et décrites sous d'autres noms. Il rapporte ensuite plusieurs faits. Une femme de vingt-cinq ans succombe, en 1838, dans le service de Lisfranc, à un hémorrhagie utérine que le tamponnement n'avait pu arrêter. A l'autopsie, on put compter quinze à vingt franges développées sur toute la zone supérieure de l'utérus. L'isolement et l'élévation de ces franges les firent appeler polypes celluloso-vasculaires. L'utérus n'était point ramolli, mais plutôt épaissi. Dans un second fait, M. Forget remarqua une véritable disposition érectile de la face interne du col et de la cavité utérine.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Forget montre, au nom de M. Duroy, un appareil à chloroformisation qui permet de doser la quantité de chloroforme dont on a fait usage. (Cet instrument est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Forget, Huguier et Robert.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil montre un kyste développé dans l'intérieur du testicule.

— M. Demarquay fait voir :

1° Un corps fibreux de l'utérus extrait par l'opération;

2° Une hypertrophie considérable des divers lobes de la prostate.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 31 janvier 1855.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Prestat, membre correspondant, fait à la Société la communication suivante :

Messieurs, je viens soumettre à votre examen un enfant de quatre mois, porteur d'une tumeur sanguine, et auquel j'ai pratiqué une opé-

ration infructucuse. Voici en quelques mots l'histoire de ce petit malade :

Je fus consulté dans les derniers jours d'octobre 1854 pour Alfred ***, né le 8 du même mois. On avait constaté dès les premiers jours de la vie une petite tumeur sur la face dorsale du pied gauche. Lorsque je la vis, elle avait un centimètre environ en tous sens, sur une épaisseur d'un demi-centimètre, et était surmontée d'une de ces taches sanguines vulgairement nommées envies. La compression faisait disparaître complétement cette tache, et enlevait à la tumeur les deux tiers de son volume ; mais tous deux reparaissaient dès qu'on cessait de comprimer. Enfin cette petite tumeur était indolente, mobile, et semblait limitée à sa base par l'aponévrose dorsale du pied. Les mouvements, soit du cou-de-pied, soit des orteils, n'étaient point gênés.

J'avais évidemment affaire à une tumeur érectile congéniale. Je lui opposai d'abord la compression, qui, faite peut-être peu méthodiquement, n'eut aucun succès, et le 11 novembre on me ramena cet enfant, dont la tumeur avait presque doublé de volume. Elle s'étendait de la base des trois premiers orteils jusqu'auprès du cou-de-pied.

Il y avait urgence d'arrêter la marche envahissante de cette affection, et je résolus d'avoir recours à la ligature sous cutanée de la tumeur. J'espérais ainsi, tout en procurant à cet enfant une guérison complète, lui éviter les inconvénients d'une large cicatrice placée sur le dos du pied, et qui eût pu gêner les mouvements de cette partie.

Cette ligature sous-cutanée, faite au moyen de deux fils entraînés en croix sous la tumeur, et dont les chefs furent ensuite croisés sous la peau, fut facile, quoique un peu longue. La petite quantité de sang que perdit l'enfant me donna à croire que j'avais réussi à cerner complétement la tumeur, que j'étranglai ainsi, en ménageant l'enveloppe tégumentaire qui la recouvrait.

Les suites immédiates, sauf la douleur qu'exprima l'enfant par des cris presque continuels, furent régulières, et je dirai presque heureuses. Un phlegmon violent, mais sous-cutané, se développa sur le dos et la face interne du pied, et persista quinze jours après la chute des fils, qui avait eu lieu le cinquième jour. Le pus s'écoulait facilement par les petites plaies de la ligature.

Pendant un mois j'eus l'espoir que l'inflammation phlegmoneuse avait assez profondément envahi toute la tumeur pour que celle-ci disparût, il n'en fut rien.

Vers le 20 décembre, la petite tache sanguine reparut ; la diminu-

tion de la tumeur s'arrêta, et bientôt je pus constater que la maladie reprenait sa marche.

L'enfant était encore fatigué et amaigri. Je résolus d'attendre. Il y a quinze jours environ les parents, qui habitent Paris, le firent venir, et il fut soumis à l'examen du docteur Beylard et de notre honorable président, M. Huguier. Je n'ai point eu de renseignements positifs sur le résultat de leur examen.

Que faut-il faire maintenant?

Suivant moi, trois modes opératoires se présentent :

1° Traverser la tumeur avec des aiguilles rougies au feu, et répéter cette cautérisation à plusieurs reprises, jusqu'à parfaite guérison ;

2° Couvrir la tumeur de quelques piqûres vaccinales (l'enfant n'a point été vacciné), et attendre que la résorption se fasse sous l'influence de cette inflammation ;

3° Comprendre dans une ligature la tumeur et la peau qui la recouvre, et en provoquer ainsi la chute.

Pour mon compte, et sauf les conseils qui pourront m'être donnés, ce serait à la première de ces opérations que je donnerais la préférence.

DISCUSSION SUR CE FAIT.

M. Richet. Le fait présenté à la Société par M. Prestat soulève plusieurs observations. D'abord le diagnostic est incertain. L'on ne trouve point de battements dans cette tumeur. De plus, s'il s'agissait d'une production érectile artérielle, la compression de l'artère en diminuerait le volume ; si, au contraire, l'on avait affaire à une tumeur veineuse, la compression de la veine la ferait grossir. La consistance générale de cette tumeur est assez souple, et l'on constate là un certain nombre de nodosités ; ces nodosités feraient supposer que cette production morbide est en voie de guérison. M. Richet propose d'essayer dans ce cas une compression méthodique qui aplatirait la tumeur.

M. Demarquay raconte qu'il a eu l'occasion de voir plusieurs fois Blandin pratiquer pour ces tumeurs des ligatures sous-cutanées. Après cette opération, la tumeur reste assez souvent stationnaire et ne guérit qu'au bout d'un temps assez long.

M. Prestat répond que, loin de diminuer, cette tumeur a depuis trois semaines presque doublé de volume.

M. Marjolin croit que dans ce cas, malgré l'incertitude du diagnostic, il n'y a pas d'inconvénient à vacciner cette tumeur. Trois fois déjà il a vu cette pratique suivie de succès dans des tumeurs érectiles volumineuses. Dans un cas, l'enfant avait une grande partie de la tête, de

la face et du cou recouverte par des tumeurs érectiles ; il y a huit ans maintenant qu'il a subi cette vaccination, et aujourd'hui il reste fort peu de ces énormes tumeurs dont il était atteint. M. Marjolin rapporte qu'il y a quelque temps il appliqua dix-huit piqûres de vaccin sur diverses tumeurs érectiles qui envahissaient une des grandes lèvres et se prolongeaient dans le vagin. L'enfant a parfaitement guéri.

M. Richard. Ces tumeurs érectiles ne sont pas seulement vaccinables à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur. M. Nélaton a eu recours une fois à ce dernier mode de vaccination. Il s'agissait d'une tumeur érectile de la région parotidienne. M. Nélaton y introduisit des sétons qui s'entre-croisaient dans l'intérieur de la tumeur. Chaque séton n'était recouvert de vaccin que dans sa partie moyenne ; mais pour l'introduire sans inoculer les points extérieurs, il le fit glisser dans de petits morceaux de soude qui protégeaient les orifices. Chose remarquable ! le vaccin ne se fit pas sentir à l'extérieur. Il y eut dans la tumeur une inflammation très vive avec symptômes généraux. M. Richard termine en déclarant que le procédé de ligature conseillé par M. Rigal (de Gaillac) dans le traitement des tumeurs érectiles donne des résultats très satisfaisants.

M. Debout rapporte que M. Velpeau a solidifié une tumeur érectile de l'espace interosseux en y injectant 15 gouttes de perchlorure de fer. On pourrait dans des cas analogues injecter quelques gouttes d'huile de croton.

M. Forget fait remarquer que cette tumeur pénètre dans l'espace interosseux et que déjà elle proémine à la face plantaire du pied. Il pense qu'on pourrait recourir ici au perchlorure de fer, à cause de la profondeur de la tumeur. Quant aux nodosités, elles n'infirment pas le diagnostic d'une tumeur érectile.

M. Verneuil rappelle, à propos du fait de M. Prestat, un cas de tumeur érectile du scaphoïde qu'il a observé. Tous les os du pied étaient sains, à l'exception du scaphoïde, qui était transformé en éponge vasculaire.

M. Huguier, qui a observé l'enfant que M. Prestat vient de présenter à la Société, a cru aussi à une tumeur sanguine, à cause de la rareté des affections cancéreuses et tuberculeuses à cet âge.

M. Demarquay raconte l'histoire d'une femme qui souffrait d'hémorrhagies utérines et dont le ventre était augmenté de volume. Un doigt introduit dans le col dilaté fit découvrir dans la paroi latérale gauche de l'utérus une tumeur grosse comme un œuf. L'examen hypogastrique ne montrait pas un développement anomal de l'utérus. On soup-

çonna qu'il s'agissait ici d'un corps fibreux. L'utérus fut abaissé, et l'on mit à nu par une incision la surface de cette tumeur qu'une dissection de chaque côté de l'incision première eut pour but d'isoler. Cet isolement obtenu, l'on ne put faire sortir le corps fibreux. C'est alors que M. Demarquay songea à en diminuer le volume par des incisions disposées alternativement de chaque côté du corps fibreux, et qui avaient ainsi pour but de l'allonger. Huit à dix jours après cette opération, cette malade fut prise de cholérine et dut retourner dans son pays, où elle est morte du choléra.

M. Demarquay revient ensuite en quelques mots sur la disposition de l'énorme tumeur prostatique qu'il a montrée dans la dernière séance. Il était facile de sentir à travers la paroi abdominale cette tumeur, qui empêchait l'introduction des sondes. Il y avait là une valvule prostatique considérable. Mais si on s'était laissé aller à la section de cette valvule, on aurait pu facilement pénétrer dans le péritoine, à cause de l'amincissement des parties.

M. Cloquet rapporte qu'il a vu à l'hôpital Saint-Louis un malade qui souffrait d'une tumeur énorme de la prostate. L'urine se vidait dans la tumeur prostatique creusée et dilatée. Pendant la miction cette poche se gonflait, et pour en chasser l'urine le malade comprimait la surface périnéale de la tumeur.

M. Demarquay, en réponse à quelques explications demandées par M. Lenoir, cherche à faire voir qu'il a opéré le morcellement de la tumeur en enlevant successivement de chaque côté des languettes du corps fibreux, et qu'après chaque ablation il a pu l'attirer de plus en plus facilement au dehors.

M. Maisonneuve compare cette fragmentation de tumeurs à une sorte de dévidement, et il signale les avantages qu'on peut retirer de ce procédé.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Philipeaux écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— MM. Commaille et Blondel, médecins à Douera (Algérie), adressent une observation d'accouchement difficile insolite, etc. (Commission: MM. Lenoir, Huguier, Danyau).

— M. Laborie dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur R. Briau, un exemplaire de sa traduction de Paul d'Egine. Un deuxième exemplaire est également adressé de la part de M. Victor Masson.

Des remercîments seront adressés à MM. Briau et Masson, et M. Verneuil est chargé de faire un rapport sur ce livre.

— M. Maisonneuve présente la vessie d'un homme affecté de rétention d'urine; un simple cathétérisme évacuateur a été pratiqué, mais le réservoir urinaire n'a pas été exploré. Le malade mourut, et à l'autopsie on constata :

1° Une valvule très proéminente au col vésical, et qui appartient à la variété bien étudiée par M. Mercier sous le nom de valvule musculaire ;

2° Un très grand nombre de calculs (300 environ) sphériques, très petits, d'un diamètre qui varie entre 3, 6 et 7 millimètres. La plupart de ces calculs étaient libres dans le bas-fond et derrière la valvule; quelques-uns étaient comme enchatonnés dans les inégalités de la surface interne de l'organe.

M. Maisonneuve aurait désiré soumettre à l'examen de la Société deux malades opérés par lui et qui ont subi la perte d'une très grande étendue de la mâchoire inférieure. Il est intéressant d'examiner au point de vue physiologique les mouvements de la langue en particulier. Cet organe, qui n'est plus soutenu par la branche de la mâchoire, pend hors de la bouche et n'exécute plus de mouvements. Il suffit cependant de fournir un point d'appui quelconque à sa face inférieure et d'opérer un soulèvement pour voir les mouvements à peu près normaux s'exécuter. M. Maisonneuve se propose donc de faire construire dans ce but un appareil prothétique.

Il prie la Société de vouloir bien désigner deux membres, MM. Michon et Richet, qui seront chargés d'étudier ces faits avec lui et d'en rendre compte dans une séance suivante.

M. Hervez de Chégoin, à propos de cette question de prothèse, rappelle que chez certains sujets le sessaiement est produit par une projection de la langue hors de la bouche. Il a remédié à cet inconvénient au moyen d'une sorte de petite fourche métallique prenant son point d'appui en avant sur la face postérieure de l'arcade alvéolaire de la mâchoire inférieure, au niveau de la ligne médiane, et d'une autre part refoulant la langue en arrière en embrassant le filet de la langue. La projection était ainsi empêchée.

M. Richet demande à quoi on peut attribuer dans les cas cités par M. Maisonneuve ce prolapsus de la langue, puisque l'on s'accorde à dire que, lorsque les insertions des génioglosses sont détruites, la langue tend au contraire à se rétracter en arrière; c'est sur cette notion que sont fondés :

1° La crainte de voir en pareil cas les opérés succomber à l'asphyxie subite causée par le retrait de la langue ;

2° Les préceptes formulés par M. Bégin dans les cas de résection de la symphyse mentonnière.

M. Larrey, dans plusieurs cas de mutilation de la mâchoire avec conservation des lèvres, a également constaté cette tendance à la chute de la langue ; il en ignore la cause. Il l'a observée récemment dans un cas de fracture compliquée de la mâchoire par arme à feu et alors qu'il redoutait précisément l'accident contraire ; il se propose du reste de soumettre le blessé à l'examen de la Société.

M. Maisonneuve a sacrifié plusieurs fois la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur, et jamais il n'a observé l'accident décrit par M. Bégin. La langue avait toujours une tendance à tomber ; elle ne se portait en haut et en arrière que pendant le pansement et lorsqu'on cherchait à rapprocher les bords de la plaie. Il se demande si l'on n'a pas précisément provoqué le renversement de cet organe en cherchant à mettre au contact les deux bouts de l'os scié, ce qui entraîne nécessairement le rétrécissement de la cavité buccale et le refoulement de la langue en arrière. Il est donc utile de ne point tenter ce rapprochement.

M. Richet a vu survenir une fois pendant son internat la rétraction de la langue en arrière ; c'était au troisième jour d'une résection étendue de la mâchoire inférieure avec conservation des parties molles sus-jacentes. La langue avait été fixée aux dents voisines ; la perte de substance osseuse avait été trop considérable pour que l'on songeât à mettre les deux pièces osseuses au contact ; la parabole décrite par la mâchoire n'avait donc pas été rétrécie dans ce cas. Avec l'aide de M. Laurès, M. Richet put, non sans difficulté, saisir et ramener en avant la langue, dont la base refoulait le larynx.

M. Fleury n'a pas observé davantage la rétraction de la langue dans un cas de résection de la mâchoire inférieure. Les muscles qui portent la langue en arrière n'ont d'action sur elle qu'autant qu'elle est sortie de son état d'équilibre stable. Ainsi ils la ramènent dans la bouche quand elle en a été sortie ; mais, en dehors de cet état, ils n'ont sur elle aucune action pour la retirer en arrière.

Tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Fano présente deux utérus : le premier provient d'une femme d'environ cinquante ans. La paroi postérieure de l'organe offre à la partie moyenne une saillie globuleuse qui répond à une tumeur renfermée dans l'épaisseur de cette paroi.

La muqueuse est saine ; aucun liquide dans la cavité de l'utérus. Vers le fond de l'organe, la muqueuse est soulevée par une tumeur qui roule sous le doigt. Une incision superficielle permet de découvrir la tumeur, qui présente les caractères suivants :

Elle est faiblement unie au tissu de la matrice ; elle n'y adhère que par des prolongements celluleux, ce qui en permet l'énucléation. Elle a le volume et la forme d'une noisette ; lisse dans la plus grande partie de son étendue, elle présente en quelques points un aspect mamelonné. La surface de la coupe de la tumeur ressemble assez bien à celle d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié.

La lèvre postérieure du col de l'utérus se continue directement avec la paroi postérieure du vagin dans une partie de son étendue, de telle façon que cette lèvre est en grande partie effacée.

Le second utérus a été recueilli sur une femme d'environ quarante ans.

La cavité de l'organe est agrandie ; elle renferme du sang liquide ; le col est entr'ouvert.

Les parois utérines sont très flasques ; la muqueuse est notablement ramollie.

Dans l'épaisseur de la paroi antérieure, à 1 millimètre environ de profondeur au-dessous de la muqueuse, existe une tumeur du volume d'une petite noisette, ne tenant aux tissus environnants que par un tissu cellulaire filamenteux. La tumeur est de forme sphérique, lisse à la surface. La coupe donne l'idée d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié et congestionné.

Sur l'une des pièces présentées par M. Fano existent quelques petits kystes du ligament large.

M. Richard, qui a souvent vu cette dernière lésion, n'a jamais vu ces tumeurs dépasser le volume d'une noisette.

M. Verneuil rappelle qu'il en a cité de beaucoup plus grosses dans le mémoire qu'il a publié sur ce sujet.

M. Huguier rappelle une pièce qui paraît sans doute appartenir à cette variété de kyste et qui avait acquis le volume d'une orange.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 7 février 1854.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ablation traumatique du menton sans rétraction de la langue. — M. Larrey présente à la Société le malade auquel il a fait allusion dans la dernière séance au sujet de l'ablation médiane de l'os maxillaire inférieur sans rétraction de la langue.

Il s'agit d'un artilleur, nommé S..., qui, dans un état d'exaltation violente, voulut, le 15 septembre 1854, se brûler la cervelle, et se tira sous le menton un coup de pistolet chargé de deux balles ; mais il survécut à sa blessure par la déviation de l'arme, et fut transporté immédiatement au Vàl-de-Grâce. Il avait une fracture comminutive de la mâchoire inférieure, compliquée de dilacération étendue des lèvres et des joues, dont les lambeaux pendants donnaient à cette mutilation un aspect hideux. Le menton n'existait plus, et la langue, perforée vers sa pointe par l'une des balles, se trouvait entièrement détachée de ses muscles antérieurs ; mais, au lieu de se rétracter vers l'arrière-bouche, elle était pendante au-devant du cou. L'un des projectiles était ressorti en divisant la lèvre supérieure et l'aile gauche du nez ; l'autre, enclavé dans la voûte palatine, en fut extrait par le médecin du régiment.

Appelé aussitôt auprès du blessé, qui d'ailleurs n'avait pas perdu beaucoup de sang et avait conservé toute sa connaissance, je m'empressai, dit M. Larrey, de resciser les saillies irrégulières des fragments de la mâchoire, de raviver les lambeaux attrits et déchirés ; mais avant de les mettre en contact par une quinzaine de points de suture, j'assujettis à l'aide d'un fil très fort les deux branches mobiles de l'os, qui tendaient par l'action des muscles à s'accoler à la mâchoire supérieure, et je passai un autre fil à travers l'ouverture de la langue pour la relever et la ramener vers l'ouverture buccale, tandis que la mâchoire inférieure pouvait s'abaisser assez facilement par des tractions exercées sur le fil tordu en cordonnet. Le blessé lui-même, comprenant bien notre intention, fut exercé à cette manœuvre. La plaie avait été réunie dans toute son étendue, à l'exception de l'ouverture sous-maxillaire, que je laissai libre pour faciliter le dégorgement des tissus et l'écoulement des liquides.

La langue débarrassée du fil qui la maintenait relevée, loin de subir une rétraction secondaire, pas plus qu'elle ne s'était rétractée primitivement, s'abaissa de plus en plus et finit même par engager sa pointe dans l'ouverture sous-maxillaire. Cette ouverture fut fermée alors à l'aide d'une autoplastie par glissement, tandis que les deux branches de la mâchoire, soudées régulièrement l'une à l'autre, soutinrent la langue, qui contracta même une adhérence vers sa pointe avec la cicatrice inférieure. La parole, abolie dans les premiers temps de la blessure, est devenue peu à peu assez distincte et semble devoir être de plus en plus intelligible, malgré l'adhérence, qui pourra être détruite plus tard. Tel est aujourd'hui l'état dans lequel se présente le sujet de cette observation.

Je ferai remarquer en outre, ajoute M. Larrey, que le rapprochement des deux branches du maxillaire inférieur, emboîtant pour ainsi dire cet os dans le maxillaire supérieur, s'opposerait à la mastication et à toute alimentation solide, si, d'après notre conseil, le malade ne s'était habitué à des mouvements latéraux de la mâchoire, à l'instar des ruminants. Il parvint ainsi à manger assez bien.

— M. Larrey montre ensuite à la Société plusieurs dessins de mutilation de la mâchoire inférieure avec conservation de la langue, démontrant que cet organe ne s'est pas rétracté vers l'arrière-bouche, malgré la perte de ses insertions aux muscles génioglosses.

Deux de ces dessins représentent la blessure de l'artilleur S... et sa cicatrice.

Un troisième se rapporte à un ex-sous-officier de cavalerie, nommé M..., qui en 1830, dans une tentative de suicide par un coup de pistolet chargé de deux balles et tiré sous le menton, avait eu la totalité de la mâchoire inférieure emportée, avec dilacération de toutes les parties molles de la région sus-hyoïdienne. La langue, pendante au-devant du cou, finit par adhérer aux téguments vers sa pointe, sans perdre ses mouvements de contraction. Dupuytren fit une opération insuffisante pour remédier à la difformité, et en publia l'observation (1). Le sujet de cette observation, par nous recueillie, est aujourd'hui à Bicêtre.

Un quatrième dessin a été fait d'après la face moulée d'un ancien soldat, nommé Frenais, blessé en 1811 par un biscaïen qui lui avait fracassé le menton. Les attaches antérieures de la langue avaient été arrachées sans qu'elle se fût rétractée ; elle était même restée pen-

(1) *Traité des blessures par armes de guerre,* t. II.

dante au-devant du cou, et avait contracté des adhérences avec les téguments. Ce militaire, entré aux Invalides, portait, comme quelques autres, un menton d'argent. Il y est mort en 1850 ; et son observation, complétée par M. Hutin, a été l'objet d'un rapport à l'Académie (1).

M. Larrey présente enfin le masque d'un canonnier nommé Louis, blessé en 1832 au siége d'Anvers par un éclat de bombe qui avait emporté la mâchoire inférieure presque en totalité et entamé la langue à son bord gauche en la détachant jusqu'à sa base, non-seulement sans qu'elle se rétractât vers l'arrière-gorge, mais encore en la faisant tomber au-devant du larynx par son propre poids augmenté par un engorgement considérable.

Le projectile avait du même coup mutilé l'avant-bras gauche, qui dut être amputé.

La blessure de la face se cicatrisa en laissant une large perte de substance, qui fut recouverte plus tard d'un demi-masque ingénieusement fabriqué par un mécanicien belge.

Cet appareil prothétique, garni de moustaches et de favoris postiches, forme une mâchoire inférieure en métal, garnie d'une arcade dentaire mobile sur la mâchoire supérieure pour aider à la mastication, et pourvue d'un plancher de la bouche pour soutenir la langue, ainsi que d'un réceptacle de la salive pour la rejeter au dehors à l'aide d'une soupape. Ce masque enfin, comme on peut le voir sur le modèle, dissimulait à s'y méprendre la difformité de la face, sans que la langue, libre d'adhérences en avant, ait jamais eu de tendance à se rétracter en arrière.

Le sujet de cette observation (2) est resté pendant plusieurs années aux Invalides, où nous l'avons perdu de vue.

M. Larrey croit pouvoir conclure de ces différents faits et de quelques autres observés par lui ou par des chirurgiens militaires, que dans les ablations traumatiques de la mâchoire inférieure, à la région mentonnière, avec arrachement des muscles génioglosses, la langue séparée de ses attaches antérieures reste fixe ou se déjette en avant plutôt que de se rétracter en arrière.

Mais les cas de ce genre ne permettent point de préjuger qu'il en soit absolument de même dans tous les cas d'ablation artificielle de la

(1) Par MM. Bégin et H. Larrey, rapporteur. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XVI.

(2) H. Larrey. *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, 1833.

mâchoire ou de résection régulière du menton, puisqu'on a observé le contraire, comme M. Bégin surtout l'a spécialement démontré pour la rétraction consécutive de la langue.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit de M. Amédée Monteils (de Mende) une observation de cystotomie sus-pubienne suivie de guérison.

Renvoi de ce travail à une commission composée de MM. Monod, Denonvilliers, Demarquay.

— M. Gerdy fait hommage à la Société de la troisième monographie de sa chirurgie pratique : *Maladies des organes des mouvements*. Des remercîments sont adressés à M. Gerdy par M. le président.

— M. Michon rend compte à la Société de la mission dont il a été chargé dans la dernière séance avec M. le docteur Richet. Tous deux se sont rendus dans le service de M. Maisonneuve et ont pu constater les faits suivants.

Le premier malade soumis par M. Maisonneuve à l'examen de M. Michon a été opéré seulement hier. Il a subi l'ablation du menton et d'une partie de la lèvre supérieure. Les apophyses qui donnent attache aux génioglosses ont ainsi été enlevées. Mais il existe à la partie inférieure du plancher buccal un petit tablier de peau. La langue est hors de la bouche ; mais, si l'on élève la tête, elle peut être reportée en arrière. M. Maisonneuve assure qu'il suffit de pencher un peu la tête en avant pour faire ressortir la langue.

M. Michon a vu ensuite un autre malade opéré il y a déjà sept semaines. Cet homme a eu la mâchoire inférieure désarticulée en totalité. Il existe en même temps un peu de gonflement œdémateux de la langue, qui pend perpendiculairement dans la direction du cou. C'est une langue qui a besoin d'un agent de suspension, de telle sorte que pour faire manger le malade il faut soutenir cet organe et le pousser un peu en haut et en arrière ; d'autre part, la voix est à peine articulée, et la langue ne peut guère mieux servir pour parler.

Une troisième malade a eu toute la partie gauche de la mâchoire enlevée. Cette femme, opérée il y a plus longtemps que les précédents, n'a point eu primitivement de rétraction de la langue en arrière.

M. Michon rapporte ensuite que trois fois il a fait cette section de la langue en détachant ses attaches en avant, et que dans aucun des cas il n'a observé de rétraction.

M. Michon établit enfin que dans ces sortes d'opérations la rétrac-

tion de la langue peut ou non être observée. Trois conditions peuvent ainsi se rencontrer :

1° L'immobilité de la langue ;

2° Son obéissance aux lois de la pesanteur;

3° Sa projection tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant la position des parties.

M. Verneuil revient sur la rétraction de la langue après l'amputation de la partie médiane de l'os maxillaire inférieur. Les doutes qui ont été formulés dans la dernière séance sur l'imminence de cet accident redoutable l'ont engagé à quelques recherches sur sa fréquence et sur son mécanisme. Les faits démontrent que la rétraction de la langue existe bien réellement, mais que d'abord elle est rare, puis diffère beaucoup, quant à son époque d'apparition, sa marche, ses causes, son pronostic, ce qui exige qu'on en distingue plusieurs variétés.

Elle peut se montrer pendant le cours même de l'opération, dès que les muscles génioglosses sont coupés, ou bien pendant le pansement. On peut la dire alors *immédiate*. Mais tantôt elle amène une suspension subite de la respiration, ou seulement une gêne plus ou moins marquée dans cette fonction, et par conséquent une menace d'asphyxie plus ou moins prochaine.

D'autres fois c'est dans les jours qui suivent l'opération que la suffocation survient. La rétraction de la langue peut encore, dans ce cas, être brusque ou progressive.

Il est donc permis d'admettre quatre variétés :

1° La rétraction primitive, brusque ou spasmodique ;

2° La rétraction primitive, due en entier au mode de pansement ;

3° La rétraction consécutive soudaine, à marche rapide ;

4° La rétraction consécutive progressive, amenant l'asphyxie d'une manière lente, mais presque inévitable.

On pourrait mettre des observations en regard de chacun de ces modes. Delpech, dans un mémoire lu à l'Institut en 1827, démontra la rétraction primitive et y insista beaucoup. Il avance, ainsi que Dupuytren, mais sans prendre la peine de le prouver, que cet accident avait été prévu par des chirurgiens allemands, qui y avaient vu une contre-indication à l'amputation de la mâchoire.

Depuis cette époque, la rétraction primitive a été observée, dit-on, par MM. Erhmann, Schuster et Magendie, mais les preuves en sont difficiles à trouver.

M. Bégin, dans un mémoire fort remarquable inséré dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* en 1843, a vu cet accident se

produire, et il a, de plus, signalé la rétraction consécutive que Delpech ne connaissait pas, et qui a été observée aussi par M. Richet.

D'après M. Vidal, un malade de M. Gerdy aurait succombé à la rétraction consécutive progressive.

Dans tous les cas, cet accident, dont tous les chirurgiens parlent et se préoccupent beaucoup, paraît fort rare, eu égard au grand nombre d'opérations pratiquées de nos jours, et dans lesquelles la symphyse maxillaire est sacrifiée.

Dupuytren, qui en parlait toujours dans ses cours, ne paraît pas l'avoir observée. Lisfranc en fait mention et semble la redouter; mais son texte ne permet pas de savoir si réellement il en a été témoin. MM. Velpeau, Malle (de Strasbourg), lui consacrent quelques lignes; mais je suppose qu'ils ne l'ont pas vue: ils élèvent même quelques doutes sur la réalité d'une rétraction véritable.

MM. Nélaton, Vidal, etc., en signalent la possibilité, et ce dernier y insiste assez longuement; mais leur pratique ne semble pas leur en avoir fourni d'exemples.

Les chirurgiens qui ont souvent vu l'os maxillaire inférieur mutilé par des projectiles de guerre n'en parlent pas; et si J.-L. Petit prétend que le renversement de la langue peut succéder à la section du filet de la langue, je n'ai pas vu pareil méfait compté parmi les inconvénients de la glossotomie appliquée au bégaiement.

Les membres de la Société de chirurgie gardent également le silence; et pour ma part, j'ai vu plusieurs fois réséquer la mâchoire sans qu'on ait été menacé d'une complication aussi grave.

Si, en résumé, on parcourt les recueils où les résections en question sont assez communément publiées, on en conclut que la rétraction de la langue est certainement très exceptionnelle.

Les causes de cet accident sont variables suivant les espèces admises; il faut reconnaître :

1° Le spasme des muscles qui se fixent à la langue, et qui tendent à la tirer en arrière quand les génio-glosses sont coupés. On a pensé que cette rétraction était due aux glosso-staphylins et aux pharyngo-staphylins, puis aux stylo-glosses. Je crois qu'en général ces muscles sont beaucoup trop faibles pour cela. Il suffit de répéter l'opération à l'amphithéâtre et d'examiner les muscles sacrifiés et ceux qui restent pour attribuer une part beaucoup plus large aux digastriques, aux hyo-glosses, puis aux changements survenus dans la suspension et la fixité de l'os hyoïde.

2° Le pansement peut y contribuer; aussi depuis bien longtemps est

il de règle de ne pas rapprocher trop exactement les deux moignons de la mâchoire quand la perte de substance est trop considérable. Nous avons récemment encore entendu M. Malgaigne insister avec soin dans son cours sur ce précepte. Mais on ne doit pas considérer le rapprochement en question comme la seule cause de la rétraction qui nous occupe. Lisfranc s'explique assez longuement sur ce point.

3° Une cause qui a passé inaperçue (et je suis heureux de me rencontrer en communauté d'idée avec notre excellent collègue M. Michon), c'est l'influence de l'attitude du malade et de la pesanteur de la langue. Dans le décubitus dorsal trop horizontal, et lorsque les attaches antérieures de la langue ont été sacrifiées, cet organe tend naturellement à tomber en arrière et à s'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx; l'inspiration peut favoriser l'occlusion des voies aériennes, la langue rétractée faisant l'office d'une valvule mobile.

Le mécanisme de la rétraction lente est différent, et M. Bégin me semble l'avoir presque complétement élucidé. Il me paraît résulter surtout de l'action lente des muscles enflammés qui s'insèrent à l'os hyoïde et le font basculer, comme cela est évident dans l'autopsie qu'il a publiée. J'insiste surtout sur le rôle que doivent jouer les deux chefs postérieurs du digastrique, qui figurent ensemble une sangle fibro-musculaire embrassant dans sa concavité l'os hyoïde et tendant à l'appliquer contre la colonne vertébrale. Les constricteurs moyens du pharynx doivent aider aussi le mouvement de bascule de l'os hyoïde. Dans ces cas, la dénomination de rétraction de la langue serait peu convenable.

Quelque rare que soit l'accident qui nous occupe, et quoiqu'il soit difficile de le savoir, on doit s'en préoccuper sérieusement, et surtout longtemps, parce qu'il peut se manifester d'une manière beaucoup plus tardive que ne le pensait Delpech. D'ailleurs, il paraît quelquefois avoir été méconnu.

Le diagnostic n'en est pas difficile si l'on est bien au courant de la question; mais le pronostic est grave, tant à cause de la tendance à la récidive que de la rapidité avec laquelle la mort peut survenir. On aurait d'ailleurs peu de ressources à opposer à la rétraction consécutive lente causée par les muscles hyoïdiens enflammés. Il est prudent de fixer la langue en avant pendant les premiers temps de l'opération; mais il faut continuer la même précaution plus longtemps qu'on ne le dit généralement, et se tenir en garde contre la rétraction consécutive brusque ou lente.

Peut-être, dans certains cas, la trachéotomie serait indiquée. Cette ressource extrême a déjà été mise en usage par Lallemand (de Mont-

pellier), dans un cas qui nous a été transmis par Delpech, mais par malheur avec une concision regrettable.

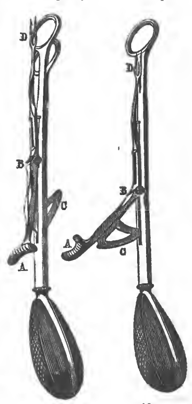
M. Fleury parle dans le même sens que M. Verneuil sur l'action physiologique des muscles dans la rétraction de la langue. Il pense que cet organe ne retombe en arrière que par le seul décubitus dorsal.

— M. B..., sur lequel l'artère sous-clavière a été liée il y a vingt-cinq ans environ, se soumet à l'examen des membres de la Société. L'artère axillaire fut primitivement lésée; on y exerça d'abord une compression, puis on lia le vaisseau au-dessous de la clavicule. L'hémorrhagie ayant reparu, on lia la sous-clavière entre les scalènes. La ligature ne tomba qu'au bout de trente jours, mais l'écoulement sanguin fut arrêté. Aujourd'hui le pouls est revenu dans la radiale.

Après la première ligature survint une paralysie limitée aux parties animées par le nerf médian, et cet accident peut laisser croire qu'un faisceau nerveux a été compris dans la ligature.

— M. Richet fait voir à la Société un malade dont il a déjà été question dans une précédente séance, et qui porte toujours sans accident une canule particulière dans la trachée.

— M. Maisonneuve présente de la part de M. Lüer un amygdalotome dont on peut faire usage à l'aide d'une seule main. La figure ci-jointe donnera une idée suffisante de cet instrument. L'on accroche facilement l'amygdale à l'aide de la fourche D en poussant en avant le manche A. Il suffit ensuite de presser doucement sur le même manche pour le faire basculer, et ce système de bascule dégage en même temps le cercle tranchant de l'instrument. Cette manœuvre peut s'exécuter avec l'aide d'une



seule main. L'amygdalotome de M. Lüer est renvoyé à l'examen de M. Lenoir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 18 février 1855.

Présidence de M. Gosselin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre à la Société un homme auquel Blandin, en 1839, pratiqua l'amputation de Chopart. Ce malade marche très bien; le pied repose sur le sol à plat et non sur la cicatrice. Toutefois le tendon d'Achille n'a point été coupé. On ne possède point de renseignements précis sur l'affection pour laquelle l'amputation a été jugée nécessaire.

M. Verneuil fait remarquer sur ce malade l'existence d'un bourrelet énorme dans l'épaisseur de la partie antérieure du lambeau. Ce bourrelet fait l'office d'avant-pied et représente cette sorte de coussinet qui se trouve normalement au-dessous de l'articulation tarso-métatarsienne. Il faut ajouter que cette disposition n'existe pas dans la plupart des moignons de l'amputation de Chopart.

M. Lenoir rappelle qu'à l'époque où M. Sédillot vint faire part à la Société de son opinion sur le mécanisme de la marche dans l'amputation de Chopart, il présenta un homme opéré de la sorte quatre ou cinq mois avant et qui marchait très bien. Ce résultat heureux semblait dû à ce que les parties molles de la partie antérieure du lambeau étaient très abondantes et doublaient ainsi son épaisseur normale. Une semblable disposition existe chez l'opéré de M. Chassaignac. La conclusion pratique qu'on peut tirer de ces faits, c'est qu'il faut conserver une grande épaisseur de parties molles dans la partie antérieure du lambeau.

M. Forget. Lisfranc conseillait de donner au lambeau une grande longueur en y laissant beaucoup de parties molles.

M. Verneuil rappelle aussi que Blandin était d'avis de laisser dans le lambeau supérieur une assez grande longueur des tendons extenseurs,

et il fait voir sur le malade de M. Chassaignac que ces tendons s'insèrent sur la cicatrice et qu'ils la soulèvent en formant de véritables cordes.

M. Giraldès pense qu'il faut dans l'appréciation de ces faits tenir un grand compte du genre de maladie pour laquelle l'amputation a été pratiquée. Si les muscles sont malades, ils éprouvent des rétractions fâcheuses ; dans les caries, les muscles extenseurs sont souvent détruits, et il n'existe plus cette sangle tendineuse si utile.

M. Larrey soutient que le résultat observé sur le malade de M. Chassaignac n'est point le résultat habituel. En général, il existe une tendance à la rétraction, et c'est ce qui a conduit M. Larrey à pratiquer dans un cas la section du tendon d'Achille.

— M. Deguise montre un malade qui depuis quatre ans a été opéré plusieurs fois d'un cancroïde du visage. Ce mal, après avoir débuté au grand angle de l'œil, a fini par gagner les parties profondes et s'étendre dans l'orbite. M. Deguise est d'avis de ne rien faire dans ce cas, mais il désire avoir l'opinion des membres de la Société.

M. Richard pense qu'on pourrait appliquer largement le caustique sur cet ulcère rongeant et réparer ensuite la perte de substance lorsqu'on verrait apparaître des granulations de bonne nature.

M. Michon constate ici l'existence d'une de ces récidives acharnées qui reparaissent par l'essence même de la maladie et quelquefois aussi par des opérations incomplètes. Il ne faut pas, selon lui, toucher à ce malade, car non-seulement les parties molles, mais les os aussi sont envahis par le produit morbide. Les ulcères de ce genre prennent une grande activité lorsqu'ils approchent des muqueuses, et il ne faut point alors y toucher avec les caustiques. Pour des affections du genre de celle-ci, le caustique est un détestable moyen. D'autre part, la cautérisation n'est pas sans danger au voisinage du crâne. Il rappelle alors le fait d'un homme chez lequel il se développa un abcès du cerveau après l'application d'un caustique sur un cancroïde du crâne. Une couronne de trépan a permis d'aller ouvrir la collection purulente dans le cerveau, et, quoique le malade ait guéri, il n'en faut pas moins tenir compte de l'influence fâcheuse des caustiques dans ce cas. D'ailleurs le cancroïde est en voie de récidive chez ce malade.

M. Michon pense que, si l'on veut autant que possible éviter la récidive, il faut enlever largement ces cancroïdes et réparer la perte de substance en prenant des lambeaux au loin. L'autoplastie doit être pratiquée immédiatement. M. Michon cite alors le fait d'un homme qui fut opéré vingt-deux fois par Blandin d'un cancroïde. Plus tard notre

collègue pratiqua dans ce cas une autoplastie, et depuis quatre ans cet homme est resté guéri.

M. Maisonneuve s'élève contre quelques propositions de M. Michon et en particulier contre celle où il veut établir qu'il ne faut pas mettre des caustiques sur les os du crâne. Le fait cité d'un abcès du cerveau est peut-être un fait exceptionnel qui n'est pas suffisant pour détourner les chirurgiens de l'emploi des caustiques. Il a vu plusieurs fois de larges cancroïdes qu'il ne pouvait attaquer par le bistouri enlevés très bien par les caustiques.

Il cite le fait d'un large cancroïde de l'os frontal qu'il a pu cautériser sans accidents avec la pâte d'acide sulfurique, et l'observation d'un enfant qui porte une tumeur érectile sur la paupière et une autre sur le crâne. Il a cru devoir conseiller la ligature pour la tumeur de la paupière et l'application du caustique sur le crâne. En résumé, le caustique est dans ces cas un excellent moyen.

M. Maisonneuve a entendu M. Michon dire qu'il se hâtait dans ces ablations de cancroïdes de pratiquer l'autoplastie. Assurément, lorsqu'on fait une petite opération, on peut faire l'autoplastie en même temps; mais, si l'autoplastie doit être très étendue, il faut séparer ces deux choses, parce qu'alors l'autoplastie est une opération grave ajoutée à une opération déjà sérieuse. L'on obtient avec ces larges autoplasties une mortalité effrayante; si l'on ne pratique pas de suite la réparation, il y a bien moins de danger. Enfin, si l'on peut retarder l'autoplastie, il faut le faire.

M. Michon fait remarquer que M. Maisonneuve ne semble pas avoir bien compris le sens de ses premières paroles. Il s'agit dans le fait présenté à la Société par M. Deguise, d'un malade dont les os du crâne sont entamés. C'est de ce cas que M. Michon a voulu parler; il n'est nullement question des caustiques en général appliqués aux tumeurs érectiles. Quant à la gravité de l'autoplastie dans les cas auxquels M. Maisonneuve a fait allusion, il faut ne point confondre ceux où la réparation est possible et se conçoit dans certaines limites acceptables avec ceux dont notre collègue a parlé, où il n'était point possible de faire de l'autoplastie, et où il s'agissait d'opérations effroyables. Tout le monde accordera à M. Maisonneuve que dans ces derniers cas l'autoplastie ajoute un danger de plus aux dangers primitifs.

M. Cloquet partage l'opinion exprimée par M. Michon sur le malade de M. Deguise; il préfère le caustique au bistouri, surtout au niveau des orifices des muqueuses. Toutefois de grandes précautions doivent être prises quand il s'agit de caustiques arsenicaux. M. Cloquet a vu trois fois un

empoisonnement produit par des caustiques arsenicaux qui, appliqués d'abord aux orifices du nez et de la bouche, avaient pénétré dans les voies digestives. Deux fois il y eut une cautérisation profonde du pharynx, de l'œsophage et même de l'estomac.

M. Cloquet rapporte ensuite un fait d'amaurose qu'on essaya de combattre par l'application d'un cautère au sinciput. Ce cautère avait la largeur d'une pièce de 30 sous; il détermina une nécrose de la partie supérieure des pariétaux, puis des accidents cérébraux auxquels le malade succomba.

M. Chassaignac n'a point vu les accidents si graves signalés par M. Maisonneuve à la suite des autoplasties; il a eu au contraire à se louer beaucoup d'avoir employé ce moyen. Il a vu de la sorte la récidive retardée, quand elle n'était point empêchée. Ainsi un homme opéré d'un cancroïde qui récidivait tous les six mois n'a plus vu après l'autoplastie la récidive s'effectuer que tous les ans.

M. Broca distingue les cas où l'autoplastie immédiate est nuisible des cas où elle peut être pratiquée sans danger. Lorsqu'on fait une opération sur une partie qui permet de voir les limites du mal, comme à la joue, par exemple, on peut réparer de suite la perte de substance. Si au contraire on agit sur une région où les racines du mal ne peuvent être facilement atteintes, comme dans le fait de M. Deguise, il faut savoir attendre.

CORRESPONDANCE.

M. Martinenq, chirurgien de 1re classe de la marine, en retraite, écrit à la Société, pour réclamer la priorité de quelques idées émises par des membres de la Compagnie pendant la discussion sur le fait de section de la trachée communiqué par M. Richet. M. Martinenq rapporte qu'en 1828 il était prévôt à l'hôpital du bagne de Toulon, quand s'y trouvait le forçat nommé Leblanc dont M. Reynaud a retracé l'histoire. Il composa alors un mémoire sur les particularités physiologiques qu'offrait ce blessé, et ce travail, après avoir paru dans le journal de M. Magendie sans nom d'auteur, par suite d'une erreur du professeur Dubreuil, fut reproduit dans les numéros de juillet et d'août 1829 des *Annales de médecine physiologique*. Depuis lors il n'en avait plus été question. Mais ce fait revenant aujourd'hui à l'ordre du jour de la Société, M. Martinenq croit devoir réclamer la priorité des opinions suivantes, à savoir :

1° Que la parole n'est pas seulement la voix articulée, et qu'on peut parler sans le secours du larynx;

1° Que dans le cas de Leblanc, et dans ceux qui ont pu ou qui pourront lui ressembler, la parole avait lieu au moyen d'une colonne d'air contenue dans le tuyau vocal, mieux verbal, et mise en mouvement par les muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes; que le larynx n'était pour rien dans l'articulation des sons, et que la bouche seule exécutait cette fonction;

3° Que le timbre nasillard dépend de deux causes : 1° de ce que l'air passe par les fosses nasales lorsqu'il ne devrait pas y passer; 2° de ce qu'il n'y passe pas quand il devrait s'écouler par elles, c'est-à-dire qu'un homme nasille si, en prononçant la lettre *m*, par exemple, un obstacle au retentissement nécessaire de l'air articulé dans les fosses nasales existe; qu'il nasille de même si, en prononçant toute autre lettre ou tout autre mot ne contenant pas de consonnes nasales, un défaut d'organisation de son tuyau vocal permet à l'air articulé de retentir dans les fosses nasales, alors que ce retentissement ne devrait pas avoir lieu.

LECTURE.

M. Marjolin commence la lecture d'un travail de M. le docteur Soulé (de Bordeaux) sur le *traitement des anévrismes par les injections de perchlorure de fer*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 21 février 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Hippolyte Blot présente à la Société un enfant nouveau-né, à terme, qu'on vient de lui apporter. Il donnera sur lui les renseignements qu'il pourra obtenir ultérieurement. Pour aujourd'hui, il se contente de faire constater sur cet enfant vivant, né le 19 février 1855 à neuf heures du soir, une tumeur du volume d'un poing d'adulte, située à la partie supérieure de la face, au niveau de la racine du nez, dont on sent facilement les os propres écartés l'un de l'autre. Cette tumeur, de forme globuleuse, est recouverte par une peau violacée, d'une teinte ecchymotique, dans laquelle on aperçoit

un grand nombre de vaisseaux notablement développés. Elle forme une espèce de poche à moitié vide qui recouvre presque complétement la face quand on l'abandonne à son propre poids. A sa partie supérieure existe un petit trou qui a été produit par des malaxations pratiquées sur la tumeur par la sage-femme qui a reçu l'enfant. Il paraît que par ce trou s'est écoulée une assez grande quantité de sérosité fortement sanguinolente. A ce moment, en examinant la tumeur avec attention, on ne peut y découvrir ni battements, ni soulèvements, mais simplement un mouvement de flot quand la personne qui tient l'enfant ne reste pas tout à fait immobile.

La pression exercée sur cette tumeur ne détermine aucun symptôme notable de douleur, d'assoupissement ou de paralysie. Dans une des prochaines séances, M. Blot rendra un compte plus complet de son examen.

DISCUSSION.

M. Houel. La tumeur est sans doute un cas de proencéphalie; elle en occupe le siége, car on sait que cette production, fort rare du reste, fait issue à travers l'interstice médian des deux pièces du frontal. La présence du liquide indique une hydropisie de la corne antérieure d'un ventricule latéral. Dans des tumeurs de ce genre, l'accumulation du liquide dilate considérablement la cavité ventriculaire et amincit beaucoup la partie correspondante du lobe frontal; la substance nerveuse forme alors une couche très mince qui revêt la face interne du sac.

L'absence de phénomènes du côté de l'encéphale ne doit pas surprendre; car c'est la règle en pareil cas. La pression dans la hernie cérébrale avec hydropisie ventriculaire n'éveille pas de douleurs; elle n'amène ni les convulsions, ni le coma.

M. Chassaignac reconnaît qu'il y a eu là une abondante collection liquide. Mais comme il a été évacué, on ne peut pas dire qu'il y a encéphalocèle. D'ailleurs, chez l'enfant présent, le front paraît bien conformé, ce qui ne s'observe pas dans cette maladie ; la dilatation ventriculaire est donc bien loin d'être prouvée. D'ailleurs, l'enfant reste tout à fait indifférent aux diverses manœuvres d'exploration que l'on exécute sur sa tumeur, ce qui contredit encore l'hypothèse d'une hernie cérébrale.

M. Verneuil n'admet pas non plus la dilatation ventriculaire. Peut-être s'agit-il d'un encéphalocèle, comme le ferait supposer l'existence d'une tumeur consistante que quelques membres ont perçue dans le fond

de la poche; mais il paraît plutôt qu'on a affaire à une collection presque entièrement liquide communiquant avec le crâne par un pertuis plus ou moins étroit. Les parois seraient formées par les membranes cérébrales et les tuniques tégumentaires, sans revêtement intérieur d'une couche de substance nerveuse. Cette poche serait analogue, en un mot, à un sac herniaire sans viscères et rempli de sérosité, tout en communiquant encore avec l'intérieur de la cavité crânienne.

Ce qui lui fait adopter cette opinion, c'est qu'il a eu occasion de disséquer le crâne d'un enfant qui offrait deux tumeurs superposées dans la région occipitale. L'une supérieure, à large base, siégeait au niveau de la fontanelle postérieure ; elle renfermait une masse cérébrale volumineuse appartenant aux lobes postérieurs du cerveau; elle contenait du liquide dans les prolongements ventriculaires, mais elle n'était point réductible, et l'on sentait très distinctement à travers l'enveloppe la masse nerveuse herniée.

L'autre tumeur, placée également sur la ligne médiane, mais à quelques centimètres au-dessous, était moins volumineuse; elle était pédiculée, piriforme, présentant à peu près 4 centimètres de longueur, 3 de largeur au niveau de son corps, et 1 centimètre et demi à peine à l'insertion du pédicule. Sa cavité communiquait librement avec l'intérieur de la boîte crânienne par un pertuis circulaire de 1 centimètre de diamètre environ, creusé aux dépens de l'écaille occipitale. Elle ne renfermait que de la sérosité sans substance cérébrale; sa face interne était lisse; les parois, d'une épaisseur uniforme, atteignant à peu près 3 à 4 millimètres, donnaient au toucher, et après l'évacuation du liquide, la même sensation de flaccidité que dans le cas actuel. Au reste, il existe déjà dans la science des faits dans lesquels de la sérosité, formée probablement par le liquide céphalo-rachidien, constituait à elle seule la tumeur. On s'expliquerait aisément, dans ce cas, l'absence des signes de l'encéphalocèle ; battements, expansion, douleurs, phénomènes cérébraux à la pression, etc.

M. Houel répond à M. Chassaignac que la déformation des os du crâne n'est pas constante dans l'encéphalocèle, et que cela ne suffit pas pour faire nier l'existence actuelle de cette lésion. D'ailleurs il paraît évident que la tumeur n'est pas uniquement liquide, et qu'une portion du cerveau fait issue en dehors de la boîte crânienne.

M. Gosselin se demande si dans un cas de ce genre la chirurgie peut tenter quelque chose, et c'est sous ce point de vue que le diagnostic précis de la nature de la lésion présente un grand degré d'importance. L'examen auquel il s'est livré l'a laissé sous la même im-

pression que MM. Chassaignac et Verneuil, c'est-à-dire qu'il croit la tumeur formée par une grande quantité de liquide, et au contraire une petite proportion de cerveau. Dans ce cas il n'est pas rationnel d'abandonner à elle-même une maladie qui sera à peu près nécessairement suivie de mort. Il y aurait lieu d'employer dans ce cas le prodédé que M. Dubourg (de Marmande) a proposé pour le spina bifida (excision avec suture), ou celui que M. Paul Dubois a mis en usage, en modifiant légèrement des opérations faites déjà par MM. Tavignot, Brainard, Latil, etc., etc. (pincement ou accollement des parois de la poche avec ou sans corps étranger intérieur).

M. Laborie. Si le cerveau proémine à l'extérieur, au moins est-il probable qu'il est tout près de l'ouverture et forme une hernie peu considérable; sa présence ne se révèle ni par les battements, ni par l'expansion, etc., etc. Tout ceci indique qu'ici l'intervention chirurgicale est motivée.

M. Guersant rapproche ce fait de celui dont il a entretenu autrefois la Société, et dans lequel une tumeur d'un petit volume se présentait au grand angle de l'œil. Les avis furent partagés sur la nature de cette affection, et on crut en général à l'existence d'une tumeur érectile. L'opération fut pratiquée à l'aide d'épingles. Le petit malade mourut, et on reconnut qu'il s'agissait d'un encéphalocèle. Au reste le succès est toujours bien douteux dans ces tumeurs liquides de la voûte du crâne. Qu'il y ait peu ou beaucoup de cerveau, il y en a toujours. Si on opère, on amène à peu près sûrement la mort. L'expérience lui a démontré également toute la gravité de ces opérations, même dans les cas de spina bifida. Tout récemment il a opéré, dans cette dernière affection, par le procédé de M. Dubourg. La mort s'en est suivie. D'après cela, et dans le cas actuel, il est prudent de s'abstenir.

M. Chassaignac croit, avec M. Gosselin, que l'état actuel motive l'intervention chirurgicale. S'il est un cas dans lequel il soit permis d'opérer, c'est à coup sûr celui-là; à moins qu'on ne préfère laisser mourir le malade : ce qui arrivera infailliblement. Il y a là en effet une vaste poche déjà ouverte, qui recouvre une partie de la face, et qui ne tardera pas sans doute à s'ulcérer et à se gangrener. A supposer que ces accidents ne surgissent point, la difformité est telle qu'on devrait encore opérer. Le cas est grave; mais comme l'issue funeste spontanée n'est pas douteuse, on ne risque pas grand'chose en agissant.

— M. Richet lit un travail sur un nouveau mélange destiné à l'application des appareils inamovibles, et qui réalise suivant l'auteur un grand progrès dans la méthode. Cette modification consiste à délayer

du plâtre dans une solution titrée de gélatine, et à en imbiber des bandes d'un tissu très fin. Celui qui convient le mieux est une mousseline très lâchement tissée, connue dans le commerce sous le nom de *tarlatane*, et qui se recommande de plus par l'extrême modicité de son prix. Les bandes ou les bandelettes imprégnées du liquide gypso-gélatineux s'appliquent comme celles qu'on enduit de dextrine ou de plâtre ordinaire dans l'appareil de M. Van de Loo. Mais l'avantage réside en cela que la consolidation, qu'on peut au reste activer ou retarder à volonté, est infiniment plus prompte que par la dextrine, plus lente et plus sûre que par le plâtre gâché à l'eau. Le mélange de gélatine et de plâtre porte dans les arts le nom de *stuc*. M. Richet appelle donc son procédé *appareil inamovible en stuc*. Les appareils s'appliquent avec facilité et sont susceptibles d'un notable degré d'élégance.

2 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau ordinaire; une cuillerée de plâtre et une de solution de gélatine. Solidification en quinze minutes à partir du moment où l'appareil est appliqué.

Avec 1 gramme de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, la solidification est beaucoup plus rapide; il faut se hâter de faire son appareil.

Avec 5 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, il faut cinq heures environ pour la solification complète.

Enfin avec 10 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, la solidification est retardée bien davantage encore, et n'a lieu que dix heures après.

L'auteur montre une femme sur la main de laquelle un appareil de ce genre a été appliqué, et un autre malade est également présenté, sur lequel M. Richet se propose de faire immédiatement l'application de l'appareil sous les yeux de la Société.

— M. Huguier montre une malade qui sera soumise à un examen plus approfondi, et dont l'observation sera ultérieurement communiquée, s'il y a lieu, dans une séance suivante. C'est une femme de quarante à cinquante ans, d'une assez bonne constitution, qui porte à la jambe gauche, vers le tiers moyen, une tumeur volumineuse qui adhère au bord interne et à la face postérieure du tibia et provient sans doute de cet os. Cette production mesure près de 20 centimètres dans son grand diamètre, qui est parallèle à l'axe du membre, et 8 à 10 centimètres dans son diamètre transversal; elle est ovoïde, immobile, semble coiffée en arrière et en dedans par les muscles jumeau interne et soléaire; elle est très ferme au toucher, et présentait des battements et du souffle. Les téguments ne sont point altérés à sa surface, sillonnée ce-

pendant par quelques veines dilatées. On remarque un peu d'œdème à la circonférence, surtout le long du bord interne du tibia.

La marche est à peine gênée ; la malade sent quelques douleurs, qu'elle soulage en exerçant une pression sur la tumeur.

Quelques membres de la Société examinent le membre, et les avis sont partagés sur la nature, le siége et même les symptômes de la maladie ; les battements, le souffle ne se retrouvent pas. Toutefois la discussion ne s'engage pas, parce que l'examen est fait d'une manière nécessairement insuffisante, et que d'ailleurs M. Huguier promet, si la malade entre dans son service, de fournir la suite de son histoire.

M. Ad. Richard montre une pièce qui présente peut-être de l'analogie avec le cas précédent. C'est une tumeur très volumineuse née du tibia, et qui occupe presque les deux tiers supérieurs de la face postérieure de la jambe. Cette lésion a nécessité l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure.

Observée sur le vivant, la tumeur, très ferme à ses deux extrémités, présentait vers sa partie moyenne les signes de ce qu'on appelle anévrisme des os, c'est-à-dire qu'on y percevait les caractères d'une tumeur vasculaire artérielle, tels que le souffle, les battements isochrones à ceux du pouls, etc.

Le tissu morbide se compose de trois parties distinctes : l'une supérieure, très dure et comme osseuse ; l'inférieure arrondie, lobulée, fibreuse, libre dans les espaces intermusculaires ; la moyenne, beaucoup plus molle, présente une grande quantité de vaisseaux et est parsemée de foyers hémorrhagiques, ce qui semble établir la coïncidence entre un sarcome et une tumeur anévrismale. Une dissection plus attentive sera faite, et les résultats en seront fournis à la Société.

M. Richard signale néanmoins ce fait pour démontrer que le souffle et les battements, qu'on donne ordinairement comme des signes pathognomoniques des tumeurs anévrismales des os, caractérisent plutôt au contraire des tumeurs cancéreuses très vasculaires.

L'examen du tissu morbide a été fait avec soin par MM. Broca et Richard. On y a trouvé du tissu fibro-plastique et beaucoup de tissu fibreux. La tumeur doit être considérée comme un sarcome.

M. Michon croit, quant à la nature intime de la tumeur, que les faits de ce genre ne sont pas très rares ; il en a déjà opéré deux ou trois de cette espèce, et une pièce doit même avoir été remise par lui au musée Dupuytren.

Il ne croit pas à l'analogie invoquée entre le cas de M. Richard et celui de M. Huguier ; dans le dernier cas il est douteux que la tumeur

provienne de l'os, tandis que cette provenance est évidente dans le premier. Doit-on admettre ici davantage la coïncidence entre une tumeur cancéreuse et une tumeur anévrismale ? M. Michon ne le croit pas. Il a vu de ces tumeurs très dures dans un point, fibreuses dans l'autre et très vasculaires dans une partie plus ou moins étendue ; c'est au niveau de cette grande vascularité qu'on observe les battements et le souffle.

Malgré ces aspects si différents, la tumeur n'en est pas moins la même ; seulement le tissu morbide est arrivé à des phases différentes. Toutes les tumeurs de ce genre pourront donc, à un certain moment, devenir vasculaires et présenter les signes des anévrismes.

Le fait de M. Richard est intéressant, parce que les trois phases de l'évolution du produit morbide s'y trouvent combinées.

M. Richard admet dans le cas actuel qu'il s'agit d'un sarcome du périoste avec végétations osseuses en aiguille ; il a été lui-même très préoccupé du bruit de souffle et a hésité sur sa véritable cause. Suivant M. Nélaton, ce phénomène est pathognomonique des sarcomes osseux ; mais il ne se trouve précisément pas dans les tumeurs qu'on désigne sous le nom d'anévrismes des os. Au reste, et suivant le même auteur, l'existence de ces dernières productions est problématique.

M. Broca n'a jamais vu d'anévrisme des os ; les pièces qui sont décrites sous ce nom ou celles qu'il a vu désigner ainsi n'avaient nullement les caractères anatomiques des anévrismes, si au moins on veut conserver à ce mot une signification précise. Il a vu nommer anévrismes des os des cancers très vasculaires, ou bien des tumeurs dans lesquelles on voyait seulement des cavités pleines de sang, irrégulières, anfractueuses, creusant dans le tissu osseux des loges qu'on comparerait plutôt à des foyers apoplectiques. Aux alentours de la lésion des ruptures peuvent s'effectuer et, à la rigueur, des anévrismes faux primitifs peuvent se produire ; mais, encore une fois, c'est par un abus de langage qu'on désigne de telles lésions sous le nom d'anévrismes.

M. Houel a vu des tumeurs vasculaires des os sans cancer. M. Richet en a déposé deux pièces dans le musée Dupuytren. L'une d'elles surtout lui paraît concluante. La maladie occupe environ le tiers de l'humérus. Le tissu osseux manque complétement dans une étendue considérable, il était remplacé par un amas de caillots. Le sang était renfermé dans un sac formé par le périoste et le deltoïde. Il n'y avait aucune trace de sarcome, ni de cancers. Il est difficile de ne point admettre ici un anévrisme osseux.

M. Verneuil reconnaît que les observations consignées dans la science sous le nom d'anévrismes des os sont loin de se rapporter toutes à des lésions réellement anévrismatiques ; souvent, il est vrai, il s'agit de cancers ou de tumeurs fibro-plastiques très vasculaires. Ces observations ont été, du reste, bien souvent déjà soumises à la critique, et par M. Nélaton, et par M. Gerdy, et par bien d'autres. Cependant il ne faut pas aller trop loin et nier du même coup les tumeurs des os de nature purement vasculaire ; ces tumeurs existent, et, si on rassemblait scrupuleusement tous les cas épars, on trouverait probablement une quinzaine d'observations assez probantes. Pour sa part, il en a rencontré deux cas, l'un de tumeur veineuse du périoste des os iliaques ; l'autre, beaucoup plus concluante, du scaphoïde ; cette dernière, dont la description se trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, était une vraie tumeur érectile. Il est possible, à la vérité, de refuser à ces lésions le nom d'anévrismes ; il ne faut pas s'attendre à y rencontrer, en effet, les lésions qu'on constate dans l'anévrisme de la carotide ou de la fémorale ; et sous ce rapport M. Broca a raison de protester contre le vice du langage. Mais enfin ce sont bien des tumeurs vasculaires des os. Si la structure n'a pas toujours été étudiée d'une manière suffisante, il faut cependant admettre que dans un certain nombre de cas la ligature a triomphé du mal et a amené la guérison. M. Broca sera le premier à reconnaître que cela serait bien peu admissible pour de vrais cancers.

M. Richard. Il est remarquable que M. Nélaton n'ait jamais constaté les signes stéthoscopiques habituels dans des tumeurs qui pouvaient précisément être considérées comme de vrais anévrismes osseux, tandis que les sarcomes vasculaires les ont toujours présentés. Dans un bon nombre d'observations, il s'agissait tellement bien de cancers que des productions du même genre se trouvaient dans d'autres points du squelette. Dans la pièce de M. Richet, une poche remplie de sang occupait la place d'une portion de l'humérus. Mais des foyers sanguins étendus se rencontrent également dans des cancers.

La partie inférieure du fémur et supérieure du tibia passe pour le lieu d'élection des anévrismes des os, et c'est précisément aussi dans ces points qu'on rencontre fréquemment les cancers et les sarcomes vasculaires des os, c'est-à-dire les tumeurs pulsatiles. Deux tumeurs présentant ce signe et observées par M. Roux étaient de véritables cancers.

Les succès de la ligature et la guérison ne prouvent pas grand'chose, car les malades n'ont pas été toujours suivis. La récidive a été observée

sur plusieurs d'entre eux, et les autres ayant été perdus de vue, on ne peut en conclure rigoureusement qu'ils ont été guéris.

M. Chassaignac rappelle que cette question a été récemment traitée dans la thèse de M. Desnos; il ajoute que les succès obtenus par la ligature dans des tumeurs érectiles et dans des anévrismes des os plaident pour la similitude de ces lésions dans un certain nombre de cas.

M. Richet voudrait qu'avant d'argumenter la nature de la pièce qu'il a déposée au musée Dupuytren, on prît connaissance de cette pièce. Elle ne renfermait aucune trace de cancer. M. Lebert l'a examinée au microscope et est tombé d'accord sur ce point. Au centre de la poche, le tissu osseux était complétement résorbé; le foyer sanguin recevait les orifices d'un grand nombre d'artères, qui à l'extérieur étaient très volumineuses, très flexueuses. L'injection pratiquée a permis de constater très aisément toutes ces particularités.

M. Broca ne nie point que le tissu érectile ne puisse envahir les pièces du squelette. Il maintient cependant qu'un bon nombre de pièces qu'on donne comme telles ne sont point des tumeurs érectiles et n'ont avec elles que des ressemblances grossières, mais qu'elles ne sont pas davantage des anévrismes. MM. Richet et Verneuil citent des faits; or y a-t-il là les caractères des tumeurs érectiles des parties molles ou des anévrismes? Point du tout. Le langage employé est donc évidemment mauvais et le rapprochement inexact.

— M. Richet montre l'appareil en stuc qu'il vient d'appliquer sur l'avant-bras d'un malade. Il désire qu'il soit constaté que la dessiccation s'est opérée en douze ou quinze minutes.

M. Debout ne voudrait pas que la communication de M. Richet passât devant la Société de chirurgie pour une découverte nouvelle et qu'aucune réclamation ne fût faite. Déjà M. Seutin avait essayé, parmi plusieurs substances propres à faire les appareils inamovibles, le plâtre combiné à des matières agglutinantes diverses; la gélatine, la colle de pâte furent entre autres expérimentées. Le chirurgien belge ne fut pas satisfait de ces tentatives et les abandonna.

M. Richet ignorait ces essais de M. Seutin, mais cela n'ôte rien au mérite de sa découverte et n'en diminue pas l'utilité. Si M. Seutin a essayé la gélatine et n'en a pas reconnu les avantages, cela prouve seulement, et il tient à ce que ses paroles soient conservées, *cela prouve*, dit-il, *que M. Seutin est passé à côté d'une excellente chose sans en voir les avantages.*

M. Debout continue l'objection, et met sous les yeux de la Société un article de M. Laffargue dans lequel cet auteur décrit un appareil

inamovible composé de plâtre et d'amidon dissous et auquel il donne le nom de gypso-amylacé. L'association de ces deux substances est très avantageuse ; elle permet la dessiccation dans un délai très court. L'appareil de M. Laffargue offre donc à peu près tous les avantages de celui de M. Richet.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr Verneuil.

Séance du 28 *février* 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Adolphe Richard montre un malade de vingt-cinq ans environ, affecté d'une singulière forme de tumeurs de la peau. La partie antérieure de la région axillaire est couverte d'un grand nombre de saillies papilliformes, libres et pédiculées en certains points, réunies en d'autres en masses verruqueuses et mûriformes. Çà et là on voit des points noirs du volume d'une grosse tête d'épingle, et qui probablement sont dus à la distension des follicules sébacés par le produit de leur sécrétion. Les végétations cutanées sont molles, flasques, recouvertes d'épiderme; quelques-unes atteignent un centimètre et demi de longueur. Cette affection date de longues années; elle ne s'accompagne d'aucune douleur, mais elle tend à s'accroître, et quelques excoriations se montrent, soit à la surface, soit dans les interstices des tumeurs. Il en résulte de la gêne dans les mouvements.

La superficie de cette altération est assez considérable. D'une manière approximative, elle a 15 centimètres en longueur sur 4 à 5 centimètres en largeur. Les papilles de la peau, les glandes sébacées, et peut-être aussi les glandes sudoripares, si abondantes dans cette région, contribuent sans doute, par leur hypertrophie simultanéee, à la formation de cette maladie singulière.

M. Chassaignac a observé tout récemment une tumeur végétante de la peau, analogue à celle-ci, siégeant à la cuisse, et qui a pris naissance autour d'un cautère ancien. Un bourgeon, excisé de la surface, a été examiné par M. Verneuil, qui y a reconnu la structure de l'épithélioma.

On a employé pour détruire le mal le caustique noir, composé d'acide sulfurique et de poudre de garance. Une première application a détruit toute la portion qui végétait à l'extérieur; puis une seconde couche de caustique a été mis pour atteindre les limites profondes du mal.

M. Chassaignac rappelle, à ce propos, combien l'inflammation chronique a peu d'influence sur le développement du cancer. En effet, les cautères réalisent au plus haut degré toutes les conditions d'une irritation incessante et longtemps prolongée; cependant il est extrêmement rare de voir des tumeurs de mauvaise nature se développer sous cette influence, et quand elles apparaissent, elles n'ont pas la structure du vrai cancer.

M. Verneuil ne pense pas que ces deux cas puissent être rapprochés. Dans le fait de M. Chassaignac il s'agissait d'un véritable épithélioma, constitué par une accumulation et une infiltration étendue de cellules épidermiques; c'est, si l'on veut, un de ces cancroïdes qui naissent assez souvent sur les cicatrices, et qui ont été bien étudiés par M. Follin, entre autres. Chez le malade de M. Richard, il n'en est pas ainsi. Les glandes sébacées et sudoripares sont sans doute hypertrophiées, mais le développement des papilles cutanées et peut-être aussi celui du derme sous-jacent paraissent surtout constituer l'altération. Or, cette affection ne doit pas être confondue avec l'épithélioma. Ce qui caractérise cette dernière maladie, c'est non-seulement l'accumulation de l'épiderme, mais encore l'envahissement, l'infiltration des tissus voisins, derme et papilles, par cet élément anatomique. L'hypertrophie papillaire peut devenir le siége de l'épithélioma, mais elle peut aussi exister sans cette complication, qui augmente singulièrement la gravité du pronostic. Pour montrer la différence entre ces deux lésions, il suffit de rappeler que les verrues ordinaires, les végétations du gland et du prépuce, les condylomes de l'anus, et surtout ceux qu'on rencontre si souvent aux organes génitaux externes de la femme, sont des hypertrophies papillaires, et non des épithélioma. Dans les altérations qui viennent d'être énumérées, les papilles hypertrophiées, souvent très vasculaires, très proéminentes, et offrant une foule de prolongements digitiformes, ont néanmoins conservé leur composition anatomique élémentaire; on y retrouve la substance fibroïde centrale, avec les vaisseaux flexueux qui la sillonnent, puis un revêtement épidermique, ou étui corné plus ou moins épais. Tous ces éléments anatomiques sont en proportion exagérée, mais le type normal de la texture se reconnaît encore.

M. Huguier. M. Richard se propose de traiter son malade par les

applications caustiques. N'y aurait-il pas à craindre que la destruction de la peau par ces agents ne donnât naissance à une cicatrice étendue qui, par sa situation, gênerait plus tard les mouvements du bras? Il préférerait faire l'abrasion de toutes les parties saillantes, suivie d'une cautérisation légère. Si le mal récidivait, il serait temps alors de mettre en usage une cautérisation plus énergique.

— M. Richet montre un malade auquel il a pratiqué la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne pour une plaie du cou ; il entre à ce propos dans quelques détails sur le manuel opératoire et sur les suites de l'opération. Ce fait sera reproduit en entier dans l'observation complète que M. Richet communiquera ultérieurement.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucault (de Nanterre) adresse à la Société une lettre dans laquelle il annonce qu'il a apporté de nouvelles modifications à son appareil destiné à réduire les fractures et les luxations. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Boileau de Castelnau adresse une note sur l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches. M. Deguise fils est chargé du rapport.

— M. le docteur Roux (de Marseille) adresse une note sur les granulations de l'utérus. Cette lettre sera communiquée lors de la reprise de la discussion.

— M. Alfred Fournier, interne des hôpitaux, adresse une lettre renfermant quelques détails sur le malade présenté dernièrement par M. Chassaignac pour montrer un très beau résultat de l'amputation du pied par la méthode de Chopart.

— M. Giraldès dépose sur le bureau le *Catalogue complet de la bibliothèque du Collége royal des chirurgiens de Londres*. Cet ouvrage est adressé à la Société, au nom des membres du conseil, par le secrétaire Ed. Balfour.

M. le secrétaire général est chargé d'adresser une lettre de remercîments au conseil.

Appareil inamovible en stuc. — L'ordre du jour appelle la discussion sur ce sujet.

M. Giraldès. M. Richet a trouvé à son innovation divers avantages. Les appareils en stuc sont élégants, d'une application commode et facile; leur prix de revient est modique; ils l'emportent donc sur les appareils en plâtre et en gutta-percha; ils conviennent en particulier dans la chirurgie des camps. Or M. Giraldès, qui a beaucoup étudié

les appareils en plâtre et en gutta-percha, les trouve au moins aussi bons que l'appareil en stuc.

L'appareil en plâtre simple a cet avantage qu'on peut en préparer d'avance les pièces, ce qui le rend très propre à la chirurgie militaire. Il n'est pas besoin d'un tissu spécial pour le préparer, et tous les morceaux de linge, depuis les vieux babits jusqu'à la toile à voile, peuvent être utilisés; ils sont aussi bon marché, et les matières premières s'en trouvent partout : il ne faut que du plâtre et de l'eau, qu'on se procure plus facilement que la gélatine.

Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer les bénéfices des appareils de ce genre dans la chirurgie militaire; les bandages inamovibles, eu égard à la nature des blessures faites sur le cbamp de bataille, peuvent avoir de grands inconvénients, quand ils ne seraient cause que d'une surveillance insuffisante et d'une sécurité trompeuse.

L'appareil en gutta-percba a des avantages que le plâtre ne saurait jamais réaliser. Cette substance n'est ni rare, ni chère; on peut s'en procurer aisément. Il suffit de la ramollir dans l'eau chaude pour avoir instantanément des gouttières très solides ou des attelles qu'on maintient avec quelques lacs; il est très facile d'écarter ces dernières, ou de faire des fenêtres dans les appareils plus complets pour panser les plaies qui compliquent les fractures par armes à feu. On peut d'ailleurs avoir dans les ambulances des appareils tout préparés pour le bras, la jambe, la cuisse; il suffit de mettre le membre dans ces appareils, qu'on serre plus ou moins suivant le volume de ce membre : on a là un moyen de contention provisoire, solide, léger, instantanément appliqué.

En résumé, il ne reste à l'appareil de M. Richet qu'une supériorité d'élégance qui pourra satisfaire les gens du monde; mais ses applications seront toujours restreintes.

M. Larrey prend la parole comme chirurgien militaire. Il ne faudrait pas réprouver d'une manière générale les appareils inamovibles, qui rendent de grands services à la pratique des camps; mais pour savoir auquel d'entre eux il faut donner la préférence, il faudrait que l'expérience eût prononcé. La solidification rapide, la légèreté des appareils de plâtre, la facilité avec laquelle cette substance est maniée sont certainement avantageuses; tandis que la bonne application de l'appareil en stuc n'est pas facile, et nécessite une sorte d'apprentissage et de nombreux tâtonnements. La gutta-percha est très commode; mais il faut de l'eau chaude, qu'on ne peut pas toujours se procurer sur le champ de bataille.

M. Richet pense qu'il s'agit tout simplement ici d'expérimentation ; il a fait des essais, que chacun en fasse autant, et on jugera alors en connaissance de cause. La possibilité de préparer d'avance l'appareil plâtré, invoquée comme chose utile par M. Giraldès, a peu d'importance, puisque la préparation de l'appareil en stuc est prompte et facile, et qu'on peut toujours trouver ou avoir avec soi le plâtre et la gélatine. Il est possible que l'appareil en stuc ait des inconvénients, mais tous les autres en sont là, et la gutta-percha a entre autres celui de se ramollir dans l'eau chaude et de tomber en culot au fond du vase. Quant à la réclamation de M. Debout en faveur du mémoire de M. Laffargue, M. Richet avoue qu'il ne connaissait pas ce travail; mais après l'avoir lu, il pense que les deux appareils diffèrent beaucoup. En effet, la gélatine et l'empois n'ont aucun rapport. M. Seutin avait déjà fait des essais dans ce genre et les avait abandonnés. M. Estor, chargé d'expérimenter de son côté, a gardé le silence, ce qui ne fait pas l'éloge de la méthode.

M. Richet s'applique à faire ressortir les différences qui existent entre son travail et celui de M. Laffargue. Ce dernier donne des détails très compliqués sur les qualités du plâtre et sur son mode de préparation. Avec la gélatine, le plâtre est toujours bon, qu'il soit éventé ou non.

M. Debout soutient que les préceptes donnés par M. Laffargue sont bons et simples. Il était utile d'indiquer les qualités requises des matières premières.

M. Giraldès répond quelques mots à M. Richet. Il emploie souvent l'appareil plâtré simple ; il en est fort satisfait. La gutta-percha ne tombe en culot que si on la laisse trop longtemps dans l'eau par inadvertance. Pour remédier au manque d'eau chaude, on taille les appareils ou les attelles d'avance, et on n'a plus besoin de s'occuper de rien.

M. Fleury demande si l'appareil en stuc résiste à l'action de l'urine, ce qui serait précieux chez les très jeunes enfants, toujours inondés par ce liquide, qui détériore très vite tous les appareils possibles.

M. Richet n'a pas expérimenté ce point; il croit volontiers à la résistance du stuc à l'urine. Cette substance n'est pas altérée par l'eau froide ou tiède ; il faut le contact prolongé de l'eau chaude pour la dissoudre.

M. Cloquet a employé le plâtre dans les fractures, mais en entourant le membre d'une couche épaisse de cette substance, à la manière de Dieffenbach. On peut faire dans cette espèce de cuirasse des trous pour panser les plaies. Ces appareils, étant fort lourds, assurent l'immobilité du membre. L'orateur, qui a acquis beaucoup d'habitude de cette

partie de la statuaire, décrit successivement les qualités du plâtre et la manière de mouler les membres.

Le plâtre ainsi employé lui a rendu de grands services dans les cas de consolidation tardive des fractures. Il a guéri ainsi en deux mois une fracture de la cuisse encore tout à fait mobile au bout de cinq mois. Comme le moule est formé de trois pièces, on peut remédier au vide qui se fait naturellement par suite de l'amaigrissement du membre; il suffit de remplir de ouate l'espace compris entre le membre et la face interne de l'appareil.

M. Hervez de Chégoin a vu également guérir par ce moyen, et en deux mois, une fracture dont le cal n'était pas encore formé au bout de huit à dix mois.

M. Marjolin, tout en reconnaissant avec M. Richet les avantages incontestables des appareils inamovibles dans le traitement d'un bon nombre de fractures, assure qu'il y a cependant des cas où malheureusement on est obligé d'y renoncer. Je dis malheureusement, car ce genre de traitement vient nous faire défaut alors qu'il serait excessivement précieux.

Depuis un an que je suis chargé d'un service d'enfants, j'ai dû rechercher avec grand soin quels étaient les appareils les plus avantageux dans le traitement des fractures. Après bien des essais, j'ai dû renoncer entièrement à tout appareil inamovible pour les fractures des membres inférieurs; chez les tout jeunes enfants, quelque précaution que l'on prenne, au bout de quelques heures les appareils sont entièrement imprégnés d'urine, et, si on laisse les enfants plus de vingt-quatre ou trente heures dans ces appareils, on voit des érythèmes se manifester ou une éruption furonculeuse envahir tout le tronc. Pour éviter des accidents fort graves, j'ai dû, au lieu de l'inamovibilité, recourir dans ces cas de fracture des membres inférieurs à un principe tout à fait opposé. J'emploie de petites attelles de cuir entourées de taffetas gommé, et, au lieu d'appliquer un bandage de Scultet, je maintiens l'appareil avec des bandelettes de diachylon en nombre à peu près égal aux lacs dont on se sert dans les appareils ordinaires; de la sorte on peut à volonté renouveler séparément chacune des bandelettes dès qu'elle est salie, et tenir le membre fracturé dans une excessive propreté.

M. J. Cloquet a aussi employé les appareils en cuir chez les jeunes enfants, mais il fait remarquer qu'à cet âge les fractures de cuisse guérissent avec la plus grande facilité.

M. Deguise fils a constaté combien il était difficile de conserver les

appareils chez les très jeunes enfants, à cause des matières fécales et de l'urine qui s'écoulent incessamment. Dans un cas de pied-bot, qui nécessita l'application d'un appareil orthopédique pendant quatorze mois, il eut l'idée d'envelopper le membre jusqu'à sa racine dans un sac de caoutchouc. Il était nécessaire de renouveler ce sac de temps en temps et lorsqu'il était détérioré : on usa ainsi quinze à vingt sacs pendant le cours du traitement.

M. Gerdy. Il existe déjà dans la science une grande quantité d'appareils ; on peut en former au moins dix genres distincts, sans compter les espèces et les variétés innombrables. Tous ces appareils ont réussi, tous ont été et peuvent encore être utiles ; il s'agit de les appliquer en temps opportun et dans des cas déterminés. Lors donc qu'on imagine un appareil nouveau ou une modification de ceux qui sont connus, il ne convient pas d'être exclusif et de généraliser l'innovation à tous les cas ; on n'y parviendrait jamais ; il faut, au contraire, déterminer avec soin les circonstances où le nouvel appareil est préférable aux autres. C'est la seule manière de faire quelque chose d'utile.

— M. Chassaignac montre un appareil à acupuncture imaginé par M. le docteur Dreyfus et construit par M. Mathieu d'après les principes des scarificateurs. Un faisceau d'aiguilles caché dans l'instrument en sort subitement lorsqu'on fait agir un ressort. Ce procédé pourrait être utile dans certaines faiblesses musculaires ; ainsi on pourrait piquer le deltoïde lorsque l'action de ce muscle est amoindrie après certaines luxations de l'épaule.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Arist. Verneuil.

Séance du 7 mars 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Huguier présente un malade atteint de lipomes multiples et symétriques, et communique sur cet homme les détails suivants :

Le 25 octobre 1854 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Calauge (Jacques-Hippolyte), âgé de cinquante-six ans, paveur, né à Paris. Cet homme a toujours eu une santé parfaite. Son père est mort à quatre-vingt-sept ans, sa mère à soixante-sept (hémorrhagies utérines répétées). Il a deux sœurs qui se portent fort bien. Il n'y a jamais eu dans sa famille aucune affection analogue à celle qu'il présente.

Il y a six ans, au milieu d'une santé excellente, il fit une chute, et six semaines après il s'aperçut d'une tumeur qui débutait au côté gauche et au haut de la nuque, vers les insertions supérieures des muscles postérieurs du cou. Cette tumeur a toujours grossi et n'a pas tardé à être accompagnée de beaucoup d'autres qui sont venues insensiblement, et dont plusieurs ont un volume considérable. Elles ont la consistance, l'aspect, la forme, tous les caractères du lipome. Leur nombre est considérable. Il y en a sur presque tout le corps, au tronc et aux membres. Une remarquable symétrie s'observe dans leur distribution. Sur le tronc, des deux côtés de la ligne médiane, se rangent par paires des tumeurs de forme et de volume parfaitement semblables, en avant comme en arrière. Aux membres, celles du côté gauche ont leurs analogues au côté droit. Enfin, quelques-unes sont impaires et occupent la ligne médiane, comme sous la mâchoire et au pubis.

Du reste, cet homme n'éprouve dans sa santé habituelle aucun dérangement ; toutes ses fonctions se font à merveille : bon appétit, sommeil, etc. Le mouvement seulement est gêné dans plusieurs sens. Celui de flexion en avant est contrarié par le volume des tumeurs antérieures. Celles qui occupent la partie interne du bras et le creux axillaire gênent les mouvements du membre supérieur, etc.

Distribution et nombre de lipomes. — Partie antérieure. — 1° Face. 2 situés de chaque côté du maxillaire inférieur. Volume d'une petite orange.

2° *Tronc.* Epaules. 2 de chaque côté, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule. Même volume.

3° *Cou.* 2 de chaque côté à la partie antérieure ; 1 impair sur la partie médiane. Même volume.

4° *Région thoracique.* 2 paires situées de chaque côté, au-dessus du sein.

2 au niveau du mamelon, très volumineux, séparés par une ligne médiane.

Au-dessous de ceux-ci se trouvent deux masses graisseuses formées de chaque côté, à gauche, par une seule tumeur, à droite, par deux.

5° *Région abdominale.* 2 volumineux comme la tête d'un fœtus, à l'hypogastre.

1 impaire au pubis.

6° *Membres thoraciques.* A droite et à gauche à la partie externe du deltoïde et sous chaque aisselle. En tout, 6.

7° *Membre abdominal.* De chaque côté de la cuisse, à la partie externe et au tiers supérieur, 2 lipomes volumineux comme la moitié de la tête d'un fœtus.

Partie postérieure. — 2 à la région mastoïdienne de chaque côté et au haut du raphé médian.

2 au bas de ce raphé et disposés sur ses côtés.

2 à l'angle inférieur de l'omoplate.

A la région dorsale, on trouve en outre, disposées par paires de chaque côté de l'épine vertébrale, 10 tumeurs plus petites.

1 impaire et médiane se trouve en haut du sacrum.

Total. . . .	Lipomes pairs. . .	40
	Lipomes impairs. .	3
		43

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit le dernier tome des *Mémoires de la Société des Curieux de la Nature ;*

La collection des thèses soutenues à la Faculté de Strasbourg pendant l'année 1854, adressée par M. le professeur Sédillot.

M. le professeur Heyfelder fait hommage à la Société de son dernier mémoire sur les résections. (M. Broca est chargé d'en rendre compte.)

M. le secrétaire général est chargé d'accuser réception de ces divers ouvrages, et en même temps de faire part des remercîments de la Société.

LECTURE.

M. Cazeaux lit un travail intitulé *De l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau, Lenoir, Laborie.

RAPPORT.

M. Desormeaux lit un rapport sur quelques travaux adressés à la Société par M. le docteur Saurel et en particulier sur un *Mémoire relatif aux luxations des cartilages costaux.*

Les conclusions du rapport sont :

1° De renvoyer le mémoiro de M. Saurel au comité de publication;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

3° De l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société.

Le vote sur ces conclusions est renvoyé à une séance prochaine.

— La Société procède à la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats pour une place de membre titulaire vacante.

MM. Lenoir, Danyau, Boinet, ayant réuni la majorité des suffrages, sont nommés membres de la commission.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. J. Cloquet communique, comme un fait de plus à joindre à ceux qu'il a publiés, une observation sur un entérolithe ou calcul de carbonate de magnésie.

Une femme de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, éprouva une vive émotion en voyant les tortures qu'on faisait subir à un chien. Elle fut prise d'accidents graves, auxquels succéda un embarras gastrique compliqué d'une constipation opiniâtre.

Par erreur, la malade prit 45 grammes de carbonate de magnésie au lieu d'une solution de la même dose de sulfate de magnésie. Elle fut d'abord purgée avec coliques ; celles-ci devinrent de plus en plus vives; la malade rendit des grumeaux de magnésie, et enfin une concrétion du volume et de la forme d'un gros œuf de pigeon tomba dans le rectum et ne fut expulsée qu'avec peine.

Ce calcul, ovoïde, d'une couleur blanc jaune, lisse à sa surface, est d'une couleur jaune citrin. Par la dessiccation, il est devenu très léger et friable.

Analysé par M. Boudant, il s'est trouvé composé uniquement de carbonate de magnésie, de mucus et de bile.

— M. Fano soumet à l'examen de la Société une pièce d'ankylose par fusion des os du genou droit avec luxation incomplète en arrière et en dehors du tibia sur le fémur.

Cette pièce a été recueillie sur une femme d'environ soixante-cinq ans. Avant toute dissection, on constatait les particularités suivantes :

Plusieurs cicatrices existent sur la face antérieure du genou. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, et tout le membre inférieur est porté dans la rotation en dehors ; il est plus court que le membre inférieur gauche d'environ 8 centimètres.

Au-dessous de la rotule existe une forte dépression ; le condyle interne du fémur constitue une saillie très prononcée ; le condyle externe du tibia proémine fortement en dehors : d'où résulte un agrandissement manifeste dans le diamètre transversal de l'articulation. Il est impossible d'imprimer le moindre mouvement de flexion ou d'extension à la jambe.

La dissection des parties molles qui entourent l'articulation montre que le muscle triceps crural est notablement atrophié ; les fibres en sont pâles, décolorées, mélangées d'une grande quantité de graisse. Autour de l'extrémité inférieure du fémur, le tissu cellulaire est très épaissi et intimement adhérent à la couche osseuse subjacente.

La rotule est soudée par sa face postérieure avec la moitié externe de la trochlée fémorale. En raison du déplacement que le tibia a subi en arrière, le ligament rotulien, fortement tendu, est dirigé obliquement en bas, en dehors et en arrière. Dans tout l'espace qui sépare la face postérieure de ce ligament des os, il existe une grande quantité de graisse.

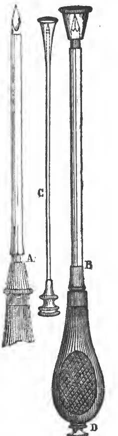
Le condyle externe du tibia est porté en arrière et en dehors du condyle externe du fémur. Dans le premier sens, c'est-à-dire en arrière, la saillie est d'environ trois centimètres et demi ; en dehors, elle est de deux centimètres. Le condyle interne du tibia est porté en dehors du condyle interne du fémur.

En résumé, il semble que l'extrémité supérieure du tibia ait décrit un mouvement de rotation d'avant en arrière et de dedans en dehors, de telle façon qu'il existe une luxation incomplète du tibia sur le fémur, en arrière et en dehors à la fois.

A l'extérieur, c'est-à-dire avant que toute espèce de coupe ait été pratiquée sur les os, on peut facilement limiter les anciennes surfaces articulaires du fémur et du tibia, bien qu'il n'existe entre elles aucune

séparation. Le cartilage d'incrustation de ces surfaces a complétement disparu.

Une coupe verticale antéro-postérieure et médiane du genou montre une continuité parfaite entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Une autre coupe verticale antéro-postérieure, pratiquée en dedans de la précédente, permet de reconnaître qu'il n'existe aucune ligne de démarcation tranchée entre le condyle fémoral et le condyle tibial ; la double lame compacte qui séparait les deux os a complétement disparu, et à la place existe un tissu spongieux plus ou moins serré. Ajoutons, comme dernier trait à cette description, que le tissu spongieux de l'extrémité supérieure du tibia est notablement raréfié.



— M. Chassaignac présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée de la région cervicale et de l'épaule. Cette tumeur provenait d'une femme de vingt-deux ans ; elle avait un prolongement vers le cou et un autre qui prenait naissance dans le périoste de l'acromion. L'artère sous-clavière lui était adossée. M. Chassaignac tailla un lambeau sur les téguments de la partie postérieure de la tumeur, qu'il essaya de décoller des parties voisines. Restait le pédicule acromial, qu'il a fallu arracher du périoste de l'acromion. Cette tumeur est de nature fibreuse.

— M. Charrière fils présente à la Société un trocart dont il a réduit le volume en remplaçant la grande gouttière bien connue, et qui nécessitait un gros manche, par un entonnoir semblable à celui des sondes vésicales. Pour protéger la pointe en acier du trocart, on la place dans l'entonnoir, où elle se trouve libre et sans aucun contact ; elle ne peut dépasser l'entonnoir de la canule, et l'on place ainsi l'instrument dans les trousses. Les figures A, B, C représentent le trocart sous ces nouvelles formes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 14 mars 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Denonvilliers présente une malade qu'il a opérée le 16 février 1854 d'un cancroïde qui avait envahi la moitié postérieure de la sous-cloison et presque toute la lèvre supérieure. La restauration autoplastique a été faite à l'aide d'un procédé particulier qu'une représentation par le dessin peut seule faire comprendre.

— Le même membre montre ensuite un malade atteint d'un cancroïde du nez. Cet homme a été opéré une première fois. Il sortait alors par la narine un champignon de tissu morbide qui avait sa tige dans le nez. Un autre prolongement de la tumeur faisait saillie à travers une perforation des téguments. M. Denonvilliers fit une incision profonde dans le sillon latéral du nez, dont il put facilement ouvrir la cavité. Il enleva la totalité du produit morbide, réunit par la suture et guérit le malade. Depuis cette époque, cet homme est revenu avec une récidive de son mal et la sous-cloison détruite. En montrant ce malade, M. Denonvilliers annonce qu'il enlèvera la tumeur en laissant la partie postérieure de la sous-cloison des fosses nasales. Cela fait, il attendra pendant quelque temps, et quand il ne verra plus de récidive il fera de l'autoplastie.

— M. Guersant montre un enfant qu'il traite depuis quatre mois et sans résultat d'une division congéniale du voile du palais en cautérisant le sommet de la fissure à l'aide d'un stylet rougi à blanc.

— M. Chassaignac présente un malade atteint d'un polype naso-pharyngien qui fait saillie sur les côtés du nez et dans la gorge. Il se propose de tailler un lambeau par une incision transversale au-dessus de de la narine, et une autre longitudinale sur les côtés du nez. Le lambeau relevé, on extirpera la totalité du mal.

— M. Jules Cloquet présente son mémoire sur la cautérisation appliquée aux divisions du voile du palais, et rappelle quelques cas particuliers de guérison, et entre autres celui d'un jeune enfant aujourd'hui guéri qui fut cautérisé tous les quinze jours, puis tous les mois.

M. Richet rapporte avoir essayé sans succès ce procédé sur un

enfant de quatorze ans. Il cautérisa pendant deux mois, à l'aide d'un cautère à boule, l'angle supérieur de la division. Les parties cautérisées se cicatrisèrent sans se rapprocher. A la vérité, les bords de la division étaient très amincis. Il y avait peut-être une cause d'échec dans cette disposition.

M. Cloquet pense qu'il faut pratiquer ces cautérisations à une distance de temps assez grande les unes des autres.

M. Denonvilliers a fait ces cautérisations avec des résultats négatifs. Pendant près de dix-huit mois il a cautérisé l'angle supérieur d'une division du voile du palais, et n'en a rien obtenu de satisfaisant.

M. Cloquet cite une observation du docteur Henry (de Lisieux), indiquée déjà dans son travail. Ce praticien guérit, à l'aide de quatre ou cinq cautérisations avec le nitrate d'argent, une division du voile du palais.

M. Broca rappelle que Roux parle dans plusieurs endroits de son livre de cautérisations après des opérations de staphyloraphie qui avaient laissé des points non réunis. Le professeur de l'Hôtel-Dieu assure avoir obtenu des guérisons. M. Broca, après une staphyloraphie dans laquelle les points de suture avaient manqué en haut, cautérisa sans succès.

M. Larrey, d'après l'observation des cas cités par M. Cloquet, et d'après les effets contradictoires sur la cautérisation du voile du palais divisé, est porté à admettre que la différence de résultats obtenus dépend de la rareté ou de la fréquence des cautérisations. En effet, dit-il, les cautérisations trop fortes et trop multipliées n'agissent que comme moyen de destruction, par des eschares successives, sans laisser le temps à la plaie de se cicatriser; tandis que les cautérisations plus légères et plus espacées (à intervalles d'un ou deux mois, par exemple) permettent au tissu inodulaire de se former, de se consolider et de résister ainsi de proche en proche à l'écartement des bords de la solution de continuité. Il y a donc là un mode d'action fort différent et qui mériterait d'être examiné avec soin.

M. Deguise croit devoir rappeler qu'un chirurgien russe avait autrefois déjà conseillé ces petites cautérisations.

— M. Michon fait présenter à la Société, par un de ses internes, un malade dont il a déjà été question dans une des dernières séances, qui est atteint d'un cancroïde des os du crâne, et qui a offert l'exemple rare d'un abcès du cerveau ouvert par le chirurgien.

CORRESPONDANCE.

M. Arlaud, 2e chirurgien en chef de la marine à Rochefort, adresse le travail suivant :

Examen de quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies étranglées inguinale et crurale;

Exemple de hernie inguinale suspubienne;

Conduite à tenir dans le cas d'hydrocèle irréductible.

RAPPORTS.

M. Danyau fait le rapport suivant sur un cas difficile d'obstétrique communiqué à la Société par MM. Commaille et Blondel.

Cas difficile d'obstétrique. — Tel est le titre d'une observation que MM. Commaille et Blondel, médecins chirurgiens internes à l'hôpital de Douéra (Algérie), ont adressée à la Société de chirurgie, et dont j'ai été chargé, avec mes collègues MM. Huguier et Lenoir, de vous rendre compte.

Comme explication de ce premier titre, d'une bien vague généralité, les auteurs en ont donné un second, d'où l'on pourrait conclure qu'ils ont eu affaire à une présentation du siége compliquée de la triple procidence d'une main, d'un pied et du cordon ombilical.

Mais aux premières lignes de l'observation même on voit que tel n'était pas ce *cas difficile*. Nous retrouvons ici la triste et trop fréquente histoire d'une présentation de l'un des côtés du tronc longtemps méconnue, et dont les difficultés ont été accrues par la rupture inopportune des membranes et l'administration intempestive du seigle ergoté.

C'est après que toutes ces fautes eurent été commises que MM. Commaille et Blondel avaient été appelés auprès d'une jeune femme de vingt-cinq ans, dont le premier accouchement avait eu pour résultat la naissance d'un enfant mort, et qui, à peine convalescente d'une pleurésie, se trouvait déjà dans d'assez mauvaises conditions.

Comme toujours, ce ne fut qu'après des efforts inouïs et longtemps infructueux que l'accouchement put être terminé. A la dernière tentative, le chloroforme fut administré avec quelque apparence de succès, et malgré des manœuvres longues et de plus en plus douloureuses, malgré un énorme gonflement des parties génitales externes et la fatigue

des organes profonds, les suites de couches furent exemptes de complications, et l'accouchée marchait rapidement vers la guérison à la date où l'observation fut rédigée.

En portant ce fait à la connaissance de la Société de chirurgie, et en le soumettant à son appréciation, quel a été le but des auteurs? Ont-ils été tellement frappés des difficultés contre lesquelles ils ont eu à lutter que ce cas leur ait paru sous ce rapport tout à fait exceptionnel et digne de la publicité? Mais les faits de ce genre abondent dans les annales de l'art, et la pratique malheureusement en est pleine. Auraient-ils été mus par le désir de faire connaître un procédé nouveau, dont les praticiens auraient à espérer à l'avenir des facilités jusqu'ici vainement cherchées, et pourtant si désirables en pareil cas? Nous n'avons rien trouvé de semblable dans leur observation. Auraient-ils cédé à la satisfaction bien naturelle de mettre en regard leurs longues et douloureuses manœuvres et le prompt rétablissement de l'accouchée? Nous comprenons qu'ils aient ce légitime dédommagement de tant de peines et de fatigues. Mais ce résultat heureux pour la mère est-il donc si rare, et combien de fois n'a-t-on pas vu la femme rétablie et presque déjà sur pied, tandis que l'accoucheur était encore brisé de ses longs et persévérants efforts? Si MM. Commaille et Blondel ont voulu nous faire connaître un exemple des bons effets du chloroforme dans les versions difficiles, leur relation sur ce point est trop concise, et leur observation trop incomplète pour que ce fait puisse utilement prendre rang dans la science.

Resterait donc, comme motif de la publicité donnée au *cas difficile* adressé à la Société par nos deux confrères d'Algérie, le fait d'une attitude très bizarre du fœtus dans la position vicieuse qu'il avait prise. Si l'intérêt devait être sous ce rapport en raison directe de la singularité extrême de cette attitude, le cas qui nous est communiqué serait sans contredit intéressant au plus haut point. L'attitude si tourmentée de l'écorché de Michel-Ange n'approche pas de celle qu'ils ont voulu nous peindre. Mais aussi, à force d'être bizarre, elle est inintelligible, et le mannequin lui-même est impuissant à la reproduire.

Vous figurez-vous un fœtus dont l'épaule gauche est engagée, et qui a en même temps l'occiput derrière le pubis, le sacrum au-devant de l'angle sacro-vertébral, et l'épaule droite dans la fosse iliaque gauche? Pouvez-vous vous le représenter, après une première manœuvre, avec le menton appuyé sur l'éminence iléo-pectinée droite, la poitrine dans la fosse iliaque du même côté, et le sacrum à la fois situé au fond de l'utérus, sur la ligne médiane, et tourné vers la fosse iliaque gauche?

Jugez sur ce spécimen, et veuillez nous savoir gré de ne pas mettre plus longtemps vos esprits à la torture.

Ou, faute d'habitude, le langage obstétrical des auteurs manque de la précision qui seule pouvait les rendre intelligibles, ou ils ne se sont pas exactement rendu compte de ce qu'ils voulaient décrire ; ou bien enfin, telle était la singularité des diverses attitudes successivement offertes par le fœtus, qu'elles échappaient en quelque sorte à toute description. Qu'on ne croie pas en effet que nos figures classiques répondent à toutes les attitudes possibles du fœtus ; il s'en faut que celles-ci aient toutes été représentées. Les démonstrations à l'aide de moyens artificiels ne reproduisent que les plus ordinaires. Toutes celles qui résultent de tentatives répétées de version ou de l'action secondaire de l'utérus sur des fœtus morts et putréfiés, ou morts seulement pendant le travail, et déjà ramollis, et qui ne peuvent être rapportées à des types réguliers, comment les indiquer, comment les représenter, comment les décrire? Et d'ailleurs, pût-on en tracer une image bien nette, trouverait-on, au trait le plus exact, à la description la plus claire une utilité pratique réelle? Quand l'esprit se sera fatigué à se figurer et à retenir quelques bizarreries de ce genre, la main en aura-t-elle un guide plus sûr dans chaque cas particulier? Trouvera-t-on dans ces tableaux, qu'on pourrait croire fantastiques tant ils sont étranges, l'indication de quelque règle nouvelle, de quelque procédé plus parfait, de quelque tour de main infaillible? Malheureusement non ; les difficultés seront toujours les mêmes, et, pour en triompher au milieu de beaucoup d'inconnu et d'imprévu, on ne pourra toujours compter que sur les ressources ordinaires : l'action douce, ménagée, persévérante d'une main adroite et infatigable, secondée dans ses efforts par l'emploi préalable et simultané de moyens capables d'opérer la détente de l'utérus.

Parmi ces moyens, il en est un, le chloroforme, sur lequel tout d'abord de grandes espérances avaient été fondées. Les résultats n'ont malheureusement pas tout à fait répondu à l'idée qu'on s'était faite de ses avantages dans ce cas particulier. Tantôt la version a été merveilleusement facilitée par l'anesthésie ; tantôt, au contraire, l'utérus est resté aussi fermement et quelquefois aussi invinciblement rétracté après qu'avant l'inhalation du chloroforme. Les observations de Stolz, celles de Villeneuve, de Murphy, de Denham, de Hueter, de Braun et de beaucoup d'autres, y compris celles fournies chez nous par la Clinique et la Maternité, ont mis cette inconstance hors de doute.

La cause qui fait ainsi varier les résultats nous échappe encore et ne pourra très probablement nous être révélée que par l'étude très atten-

tive de chaque cas particulier. L'idiosyncrasie de certaines femmes se refuse-t-elle à l'action sédative du médicament, et en serait-il du chloroforme comme du seigle ergoté, si énergiquement actif en général, si complétement inerte quelquefois ? S'il en était ainsi, nous n'aurions qu'à enregistrer un nouvel exemple d'un fait assez commun, vulgaire même en thérapeutique. La différence des effets obtenus tiendrait-elle aux conditions de l'état général, excitation dans un cas, dépression, épuisement dans l'autre, aux conditions particulières de l'utérus, au degré de dilatation et de dilatabilité que son orifice présentait au début des manœuvres, au nombre et à l'énergie des tentatives infructueuses de version, à la fatigue ou à l'irritation utérine qui en aura été la conséquence, si bien que le spasme sera ou tout près ou plus loin que jamais de céder, etc., etc. ?

La solution de ces diverses questions qui importerait à la pratique est un des *desiderata* de la science. On ne saurait, nous l'avons déjà dit, la trouver dans l'observation de nos deux confrères d'Algérie. D'ailleurs le résultat obtenu par eux a été plutôt négatif ou tout au moins douteux. Nous ne voyons pas en effet que, malgré le sommeil anesthésique, l'introduction de la main du dernier opérateur ait été plus facile, et si plus tard l'enfant a tourné sur lui-même, c'est plus par l'action simultanée sur les deux membres inférieurs, dont un seul avait pu être saisi dans toutes les tentatives précédentes, que par un relâchement subit de l'utérus. Est-ce à dire que le chloroforme ait été absolument inutile ? Non sans doute ; en tout cas, il était parfaitement indiqué, et nous pensons même qu'on aurait pu y recourir plus tôt. Au milieu de ces difficultés, qu'on ne se représente pas au vrai quand on n'a pas été aux prises avec elles, obtenir une parfaite immobilité de la femme est un avantage incontestable, et, fût-il le seul, l'anesthésie en pareil cas serait encore un bienfait.

Si l'observation dont nous étions chargés de vous rendre compte n'offre rien de nouveau, elle a cependant un côté instructif. Il est utile, en effet, de montrer de temps en temps les effets fâcheux d'une erreur de diagnostic malheureusement trop fréquente, et comment d'un accouchement qui entre des mains expérimentées eût été à la fois heureux et facile, on fait un accouchement dont les difficultés deviennent immenses et quelquefois insurmontables sans mutilation du fœtus.

Nous croyons donc, malgré nos critiques, pouvoir vous proposer, messieurs, le dépôt dans nos archives de l'observation de MM. Commaille et Blondel.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Guersant fait le rapport suivant sur deux travaux adressés à la Société par M. le docteur Marchant (de Charenton) :

Messieurs, chargé de vous rendre compte de deux mémoires de notre confrère M. le docteur Marchant (de Charenton), mémoires déjà publiés dans les journaux et ayant pour titre : le premier, *Examen des doctrines du croup ;* le second, *Deuxième examen de la doctrine du croup*, je dois d'abord vous dire en quelques mots le but de ces deux mémoires, que vous avez tous pu lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1854.

M. le docteur Marchant prétend et cherche à prouver que depuis trente ans qu'on a émis de nouvelles idées sur le croup, au lieu de rendre la question plus claire, on a tout confondu ; tandis qu'avant cette époque on avait très bien décrit et distingué le croup, l'angine gangréneuse et la diphthérite. L'auteur pour se prononcer ne donne pas d'observation ; il s'appuie sur ce qui a été écrit anciennement avant 1812 par Jurine (de Genève), Double, Royer-Collard, Boyer, Bricheteau, et d'après ce que ces auteurs ont écrit il conclut ainsi :

« 1° Que le croup est une maladie spéciale qui a ses caractères » propres ;

» 2° Que l'angine gangréneuse ne devient jamais croup, alors même » qu'elle envahit les voies aériennes ;

» 3° Que la diphthérite, ayant tous les caractères des gangrènes et » que la production diphthéritique subissant les mêmes changements et » dans le même ordre que les eschares gangréneuses, doit être regar- » dée non pas comme une production nouvelle s'appliquant sur des » tissus vivants, mais comme ces tissus eux-mêmes privés de vie et » constituant une eschare. »

Personne cependant aujourd'hui n'ignore qu'avant l'ouvrage de M. Bretonneau sur la diphthérite et les articles de mon père dans le *Dictionnaire de médecine* sur l'angine pseudo-membraneuse, sur l'angine gangréneuse et sur le croup, on avait confondu ces diverses maladies ; tandis qu'aujourd'hui, après avoir été mis sur la voie par ces auteurs modernes, qui ont bien fixé l'attention sur les lésions anatomiques, MM. Trousseau, Blache, tous les médecins de l'hôpital des Enfants et tous ceux qui sont à même de suivre avec attention les affections de ce genre si nombreuses à l'hôpital ne peuvent partager l'opinion de M. Marchant, qui confond évidemment entre elles des maladies qui ont des signes particuliers et qui réclament un traitement différent. En effet, tous les cas qu'on observe à l'hôpital des Enfants et en ville nous font dire, contrairement à l'opinion de notre confrère M. Marchant,

qu'il existe bien positivement cinq espèces d'angines qu'on a confondues entre elles :

1° Un faux croup ;

2° Une angine diphthéritique pharyngée ;

3° Un vrai croup, angine diphthéritique laryngée ;

4° Une diphthérite générale ;

5° Angine gangréneuse.

1° *Un faux croup* (laryngite striduleuse), sans fausses membranes, presque toujours curable, venant subitement et se terminant par un simple rhume.

2° *Une angine diphthéritique pharyngée*, caractérisée par des fausses membranes sur les amygdales et le pharynx, et se bornant souvent à cette région, le plus ordinairement curable par les cautérisations.

3° *Un vrai croup* (laryngite pseudomembraneuse), caractérisé par un développement de fausses membranes dans le larynx, existant seulement et quelquefois d'emblée dans cet organe, ou succédant à l'affection pseudomembraneuse du pharynx, ou bien à celles des bronches ou de la trachée ; dans ce cas, le croup se développe de bas en haut. Cette lésion diphthéritique, qui se développe ordinairement d'une manière assez lente et qu'on rencontre quelquefois deux fois chez le même individu, est pour ainsi dire localisée ; elle détermine de l'aphonie, de l'oppression et des étouffements qui finissent par être continus ; *elle tue par asphyxie.* Cette maladie est quelquefois curable par les vomitifs, les cautérisations, les médicaments modificateurs, tels que les mercuriaux ; enfin, dans la période d'asphyxie, par l'opération de la trachéotomie, qui a l'avantage, en faisant respirer le malade, de donner le temps à la maladie de se modifier.

4° Il existe une *diphthérite générale*, *angine maligne*, *véritable poison diphthéritique*, qui tue les malades comme la morve tue les chevaux. Cette diphthérite, qui est contagieuse, se développe d'une manière lente et insidieuse ; elle est caractérisée par la prostration et l'affaissement du sujet, la débilité du pouls, le gonflement des ganglions cervicaux ; l'existence de fausses membranes dans les fosses nasales, dans le pharynx, sur la vulve, sur les exutoires, et quelquefois dans le larynx, la trachée et les bronches. Cette diphthérite, pas plus que le croup, ne donne une odeur gangréneuse ; elle n'a pas pour caractère dominant les étouffements, la gêne respiratoire ; elle ne tue pas par asphyxie : aussi *la trachéotomie est-elle contre-indiquée.* Les cautérisations des points couverts de fausses membranes et les toniques généraux sont les seuls moyens qui paraissent utiles ; mais cette maladie

est le plus ordinairement fatale , les malades s'éteignent et, je le répète, ne meurent point asphyxiés.

A l'autopsie elle présente, comme dans les autres diphthérites, non pas de la gangrène, comme le pense M. Marchant , mais une véritable fausse membrane développée sur les muqueuses et sans sphacèle. La preuve, c'est qu'à l'examen anatomique , au-dessous des fausses membranes, qui se détachent facilement, soit pendant la vie , soit après la mort, fausses membranes qui pendant la vie peuvent tomber en détritus, on ne trouve pas le tissu muqueux ulcéré ou détruit; à peine y a-t-il quelquefois de légères érosions.

5° Il existe enfin une véritable *angine gangréneuse* qui détruit les tissus qu'elle attaque, les amygdales, la luette, quelquefois le voile du palais, le pharynx ; elle peut venir compliquer les autres angines , comme toutes les gangrènes peuvent venir compliquer ou terminer toutes les inflammations. Mais cette angine, qui est bien plus rare que les autres , se développe le plus ordinairement d'emblée , n'a pas de fausses membranes à son début, et se termine toujours par la mort.

C'est l'examen répété d'une foule d'observations qui nous porte tous les jours à reconnaître plus que jamais ces cinq espèces d'angines ; il faut avoir vu bien peu de cas pour ne pas partager cette opinion généralement admise aujourd'hui par tous ceux qui voient souvent des enfants.

Qu'il nous soit permis cependant, messieurs, quoique nous ne soyons pas de l'avis de M. Marchant , puisque nous ne regardons pas la diphthérite comme une gangrène et que pour nous les angines et laryngites couenneuses sont des variétés de diphthérite qui ne diffèrent que par le siége , qu'il nous soit permis , dis-je , de vous proposer de le remercier de nous avoir envoyé son travail, qui , en rappelant des idées anciennes depuis longtemps abandonnées, nous donne l'avantage de répéter des opinions fondées sur l'expérience et les observations , opinions admises depuis trente ans et qui sont cependant ignorées de beaucoup de praticiens.

Les conclusions de ce rapport sont le dépôt aux archives. (Adopté.)

M. Chassaignac , tout en reconnaissant quelques exagérations dans le travail de M. Marchant , a surtout été frappé d'un point particulier. M. Marchant soutient, selon lui avec raison , que M. Bretonneau a eu tort de tout confondre sous le nom d'angine couenneuse.

M. Guersant rappelle que l'angine gangréneuse est très rare ; on en voit un cas par an à l'hôpital des Enfants ; M. Bretonneau ne l'admet point, parce que sans doute il n'en a pas vu. Dans l'angine gangré-

neuse, on peut quelquefois enrayer les accidents par des lotions étendues.

— M. Charrière envoie à la Société deux bistouris d'un nouveau modèle, à lame démontante, et il accompagne cet envoi d'une lettre où il établit son droit de priorité dans cette modification instrumentale.

M. Chassaignac rappelle que M. Mathieu lui a déjà montré il y a quelques jours un système analogue de bistouri.

M. Larrey reconnaît à cet instrument ainsi modifié l'inconvénient grave de pouvoir inciser les doigts lorsqu'on veut essayer de le fermer.

— M. Chassaignac montre un bras détaché du tronc chez un homme sur lequel ont passé les roues d'une locomotive.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 21 mars 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Denonvilliers présente une malade atteinte d'un ectropion double, à laquelle il a déjà restauré par l'autoplastie la paupière supérieure. M. Denonvilliers se propose de réparer plus tard la paupière inférieure, et de réunir pendant quelque temps les paupières de nouvelle formation.

— M. J. Cloquet présente un jeune homme auquel il a cautérisé à plusieurs reprises une division du voile du palais. La guérison est presque complète.

M. Guersant fait remarquer que chez ce jeune homme il n'y avait que division du voile du palais, tandis que chez son malade il y avait aussi division des os.

M. Vidal rappelle que Dupuytren était grand partisan de la cautérisation appliquée aux divisions du voile du palais. Il avait un grand dédain pour la staphyloraphie, et lui préférait de petites cautérisations successives. Notre collègue ajoute qu'il a depuis longtemps mentionné, dans la première édition de son *Traité de pathologie* (1839), la pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. J. Cloquet récuse l'honneur qu'il y aurait pour lui de s'étayer d'une autorité aussi grande que celle de Dupuytren, en faisant observer à M. Vidal (de Cassis) que sa première opération, celle pratiquée sur un négociant espagnol, remonte à 1826; que depuis cette époque il a eu de fréquentes occasions de parler de ce fait et de la cautérisation graduelle dans ses cours de clinique; que ce n'est que treize ans plus tard, en 1839, que M. Vidal a mentionné pour la première fois les idées de Dupuytren à ce sujet, et que du reste le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'a jamais publié ni fait publier d'observations relatives à la méthode de cautérisation qui fait le sujet du mémoire qu'il a lu dernièrement à l'Académie des sciences.

M. Vidal ne connaît pas les faits de guérison sur lesquels s'étayait Dupuytren pour recommander ces petites cautérisations; il se rappelle seulement les lui avoir entendu préconiser.

— M. Richard présente un homme sur lequel il a pratiqué la ligature de la carotide externe au-dessus de la linguale et de la faciale, pour un anévrisme faux consécutif de la région parotidienne. Le malade est aujourd'hui guéri.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac offre à la Société, de la part de M. Charrier, vétérinaire à Reims, un travail imprimé sur l'*Extirpation vaginale de l'ovaire*. (Des remercîments sont adressés à M. Charrier.)

RAPPORT.

M. Desormeaux lit de nouveau les conclusions de son rapport sur différents travaux de M. Saurel. Les deux premières conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La Société passe ensuite au vote pour l'élection de M. Saurel au titre de membre correspondant. M. Saurel, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

LECTURES.

M. le docteur Fano lit un travail sur le *Traitement de certaines fistules par la cautérisation périphérique*. (Renvoi à la commission déjà chargée d'examiner différents travaux de M. Fano.)

— M. Charrier lit un travail sur l'*Influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel*. (Ce travail est

renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Lenoir, Laborie, Danyau.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 28 *mars* 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade atteint d'un cancroïde de la lèvre supérieure et de l'aile du nez. Il se propose de pratiquer l'ablation du mal et de réparer par l'autoplastie la perte de substance.

M. Huguier montre un jeune enfant de trois ans né avec absence de la main et de la moitié de l'avant-bras droit. Cette dernière partie du membre supérieur semble coupée vers son milieu ; on distingue encore nettement dans cette sorte de moignon le radius et le cubitus ; les mouvements de flexion et d'extension y sont très marqués. L'on aurait pu croire ici à une amputation congéniale si le moignon n'était surmonté d'un petit tubercule charnu divisé en plusieurs lobes qui représentent cinq rudiments de doigts.

CORRESPONDANCE.

M. Richet, retenu chez lui par une indisposition , écrit à la Société pour s'excuser de ne pouvoir assister aujourd'hui à la séance.

M. Chassaignac présente de la part de M. le docteur Liégard un travail sur l'anesthésie chloroformique dans les accouchements. M. Liégard insiste principalement sur les indications de la chloroformisation. Il s'en est servi avec succès dans un cas d'éclampsie commençante, et de ce fait il semblerait résulter que des convulsions éclamptiques peuvent être prévenues par l'emploi de l'agent anesthésique. (Commissaires : MM. Danyau, Huguier, Laborie.)

— M. Davat (d'Aix en Savoie) adresse un Mémoire sur la valeur des eaux thermales dans les maladies osseuses. (Commissaires : MM. Michon, Chassaignac, Richard.)

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse un paquet cacheté.

— M. Larrey annonce qu'il a reçu, pour la communiquer à la Société de chirurgie, une lettre d'un de ses confrères de l'armée d'Orient, M. le docteur Valette; elle a pour titre : *Quelques remarques sur l'état des blessés d'Alma et d'Inkermann à l'hôpital de Péra.*

M. le secrétaire général prendra connaissance de cette lettre et en communiquera un extrait étendu à la Société dans une prochaine séance.

RAPPORT.

M. Laborie lit un rapport sur un travail de M. Cazeaux, intitulé *De l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Les accoucheurs se sont longtemps bornés à examiner par le toucher seul l'état du col utérin chez les femmes enceintes. L'examen de ces parties à l'aide du spéculum ouvrait un champ à des investigations nouvelles. MM. Costilhes, Boys de Loury, Bennett, Coffin s'engagèrent d'abord dans cette voie de recherches, et M. Cazeaux, qui depuis 1846 étudiait cette question, vient aujourd'hui faire connaître à la Société ce que lui a appris l'examen au spéculum d'un assez grand nombre de femmes enceintes, et arrivées surtout aux septième, huitième et neuvième mois.

Après avoir rappelé la coloration violacée de la muqueuse vulvaire, celle des parois vaginales et de la surface libre du col qu'on observe pendant la grossesse, après avoir indiqué les difficultés qu'on éprouve souvent à engager le museau de tanche dans l'extrémité de l'instrument, M. Cazeaux décrit les modifications offertes à l'œil par la portion vaginale du col chez les primipares et les multipares. Chez toutes deux, le col est d'un rouge foncé, lie-de-vin; mais chez la primipare il est assez lisse dans toute son étendue. L'orifice utérin, dont les lèvres sont très ramollies, est en général plus ou moins arrondi, certainement plus large que dans l'état de vacuité; il ne permet que difficilement à l'œil de pénétrer dans sa cavité. On n'observe que rarement des ulcérations sur la portion libre du col, mais on y voit des granulations d'un rouge cerise et facilement saignantes. Chez les multipares le col est plus volumineux, son orifice est divisé en plusieurs fragments; il est plus large et l'on peut en explorer la cavité. Ses parois, très inégales, offrent une série souvent non interrompue de saillies fongueuses, dont quelques-unes saignent très facilement. Dans les sillons qui les séparent on aperçoit souvent des ulcérations linéaires plus ou moins profondes. M. Cazeaux croit les avoir observées dans les sept huitièmes des cas chez les multipares arrivées au dernier terme de la grossesse.

Notre confrère considère ces ulcérations comme une exagération des changements imprimés à la structure et à la vascularisation des parois de la matrice. Il est convaincu de leur innocuité, et croit beaucoup plus nuisible qu'utile tout traitement employé contre elles. Il ne reste, en général, aucune trace de cet état cinq ou six semaines après l'accouchement.

M. Cazeaux discute ensuite la valeur des assertions émises par MM. Boys de Loury, Costilhes et Coffin quant à l'influence des ulcérations de la première moitié de la gestation, sur la production de l'avortement. Si ces ulcérations, qui préexistent souvent à la grossesse, et qui ont pu s'accroître sous son influence, ont parfois été la cause d'avortements, il n'en est point de même des ulcérations qu'on observe dans la période ultime de la gestation. La conséquence à tirer de ces faits, c'est que s'il peut être utile de traiter convenablement les premières, l'utilité du traitement n'est pas démontrée pour les autres. Aussi, à l'exception des ulcérations spécifiques, faut-il, selon M. Cazeaux, abandonner les autres à elles-mêmes. Enfin, notre confrère essaye encore de combattre par des faits l'opinion de M. Bennett, qui attribue aux ulcérations inflammatoires du col ces vomissements incoercibles souvent si graves, et que l'accoucheur français a proposé de traiter par l'application directe de la belladone sur le col utérin.

En résumé, dit M. Cazeaux, l'aspect fongueux que présente le col, les ulcérations plus ou moins étendues ou plus ou moins profondes qui compliquent cet état me paraissent la conséquence de l'excès de vitalité dont jouit l'organe pendant la période puerpérale. Je crois que, sauf quelques rares exceptions caractérisées par la spécificité ou une tendance excessive à l'envahissement, il faut s'abstenir de tout traitement local.

M. Gosselin a entendu avec grand intérêt la lecture de M. Cazeaux et le rapport de M. Laborie. Ses observations à l'hôpital de Lourcine le conduisent toutefois à faire quelques remarques sur ce point de pathologie utérine. La première porte non sur la réalité de ces ulcérations, mais sur leur fréquence, que M. Cazeaux a légèrement exagérée selon lui. M. Gosselin n'en a point observé un aussi grand nombre que son honorable confrère.

Ces ulcérations sont-elles la source de douleurs, d'hémorrhagies ? M. Gosselin n'en a point vu produire d'hémorrhagies, et il ne saurait accepter qu'elles puissent devenir une cause d'avortement. La plupart des femmes chez lesquelles il a observé ces ulcérations arrivent sans trouble au terme normal de la grossesse. Si l'on a pu penser le con-

traire, c'est qu'on n'a point tenu compte des autres lésions qui peuvent expliquer la fausse couche. Les femmes qui sont atteintes de pareilles ulcérations ont aussi des catarrhes utérins. Leur utérus malade, engorgé, ne peut se distendre assez pour suffire à la dilatation qu'exige la grossesse. D'autre part, ces femmes qui avortent ainsi ont dû souvent être examinées au spéculum, et l'application de cet instrument peut aussi être une cause d'avortement. Puis elles font encore des injections qui sont souvent abortives. Enfin, sur d'autres malades existe de la blennorrhagie, de la syphilis constitutionnelle. Par l'examen de toutes ces causes, M. Gosselin est arrivé à conclure que les ulcérations n'exercent pas une grande influence sur la production des fausses couches.

M. Danyau aurait voulu pouvoir apporter à la Société un contingent plus considérable de faits sur cette question; mais des exigences administratives l'ont empêché d'examiner plus de 22 femmes. Il doit toutefois déclarer de suite que tous ces examens se sont faits sans la moindre douleur. Sur ces 22 femmes, 8 seulement offraient des érosions à la surface du col et un état fongueux; chez 6 autres les érosions étaient à l'entrée du col, et il n'y avait rien sur les lèvres. Enfin chez les 8 dernières on ne constatait rien d'anomal; le col était seulement inégal et violacé. Voilà pour la fréquence des érosions.

M. Danyau croit que ces érosions coïncidaient en général avec un catarrhe utérin; mais il ajoute que sur deux malades il existait un catarrhe et point d'érosions. Les 22 femmes examinées se trouvaient du sixième au septième mois de leur grossesse, et les 8 chez lesquelles on n'a rien observé se trouvaient dans le dernier mois de la gestation.

Il a vu le col saignant lorsqu'on l'essuyait avec du coton, mais il ne saignait point lorsqu'on se servait d'une éponge fine. Cela le conduit à parler des hémorrhagies. Chez une seule femme, à huit mois et demi, il existait un écoulement sanguin qui eût pu faire croire à une insertion du placenta sur le col; mais dans les autres cas il n'y avait point d'hémorrhagie, et l'on arrêtait facilement le sang dont l'application du coton avait favorisé la sortie. Il n'a point paru à M. Danyau que cet état ait eu de l'influence sur la grossesse; il ne croit point non plus à la gravité de l'état fongueux du col dans ce cas, et il n'est en désaccord avec M. Cazeaux que sur la fréquence de ces ulcérations. Il a vu aussi en ville des femmes devenir enceintes pendant le traitement d'une érosion, et la grossesse n'en pas moins bien marcher.

M. Chassaignac a vu un grand nombre de ces ulcérations pendant son séjour à Lourcine; mais ce qui l'avait frappé, c'était leur résistance

à des moyens efficaces dans les cas ordinaires, en dehors de la gestation. Dans ces dernières conditions, nous guérissions, dit-il, les malades en touchant leurs ulcérations avec une solution forte de nitrate d'argent (5 grammes sur 30) et en ayant recours aux injections alumineuses. Mais chez les femmes enceintes ces moyens étaient insuffisants. Il faudrait se demander maintenant quel rôle joue ici la syphilis. Il a semblé à M. Chassaignac que ces ulcérations étaient en rapport avec des vaginites. Il termine en demandant à M. le rapporteur s'il y a beaucoup de faits qui prouvent la guérison de ces érosions par le fer rouge.

M. J. Cloquet. J'ai observé les modifications du col de l'utérus dont il est question dans le mémoire de M. Cazeaux et dans le remarquable rapport qui vient de vous être lu, chez un certain nombre de femmes à diverses époques de la grossesse; elles sont loin d'être constantes, et s'observent plus souvent dans les derniers mois de la gestation. On ne doit pas les confondre avec les ulcérations qu'on trouve sur quelques femmes enceintes atteintes de la maladie vénérienne. Je n'ai pu les considérer comme de véritables ulcérations, qui entraînent toujours l'idée d'une corrosion, d'une destruction de tissu. Elles sont constituées par un boursouflement des follicules et des papilles du col de l'utérus. Je les considère comme des congestions sanguines de ces papilles avec érosion épithéliale. C'est un état inhérent à certaines grossesses seulement, comme les varices et les tumeurs hémorrhoïdales qui se développent chez un assez grand nombre de femmes pendant la gestation. Elles ont beaucoup de ressemblance avec la surface framboisée de quelques hémorrhoïdes internes, et, comme ces dernières, saignent facilement au moindre contact. Les *fentes* ou *sillons* profonds qu'on observe entre ces espèces de végétations ne sont que des espaces où la membrane muqueuse n'a pas fourni de semblables productions. Ces espèces de végétations s'observent quelquefois dans la même circonstance à l'entrée du vagin, et coïncident avec le gonflement des caroncules myrtiformes. Comme les hémorrhoïdes internes, ces hypertrophies ou turgescences de la membrane interne du col utérin sécrètent du mucus ou un liquide mucoso-purulent, ou laissent échapper du sang. Je n'ai jamais cru nécessaire de les cautériser, et je n'ai eu recours qu'à des injections astringentes quand elles donnaient lieu à des écoulements ou à des hémorrhagies plus ou moins considérables. Après l'accouchement elles disparaissaient spontanément, comme les hémorrhoïdes et les varices chez les femmes qui ne présentent ces dernières affections que pendant la grossesse.

M. Voillemier a examiné au spéculum un assez grand nombre de femmes arrivées au huitième mois, et il n'a point trouvé ces ulcérations. Il fait remarquer qu'à cette époque le col est très mou, et que si on l'examine à l'aide d'un spéculum rond on entr'ouvre sa cavité, et l'on découvre une surface d'un rouge vif. M. P. Dubois, dans le service duquel ces examens avaient lieu, regardait cela comme une circonstance assez ordinaire et qui n'avait aucune influence sur l'avortement.

M. Gerdy a constaté ces érosions du col utérin fongueux et mollasse pendant la gestation. Mais après l'accouchement cet état s'améliore, et les érosions disparaissent. L'état violacé de la vulve, du vagin, du col, dépend d'un engorgement du système veineux sous l'influence de la déclivité de l'utérus. Si l'on place les femmes dans le repos horizontal l'engorgement disparaît, l'état violacé diminue, et quelquefois l'écoulement catarrhal cesse. A moins que la santé générale ne se trouve pas bien d'un décubitus horizontal prolongé, il faut le recommander à la malade. Tous ces phénomènes morbides qu'on observe aussi dans des ulcérations d'autres parties du corps sont des phénomènes de pesanteur.

M. Huguier. D'après le travail de M. Cazeaux et la discussion qui vient d'avoir lieu sur les changements et les altérations que subit le col de l'utérus pendant la grossesse, il est évident que les phénomènes morbides qui ont principalement fixé l'attention des praticiens sont de quatre ordres : le catarrhe utérin, les granulations utérines, les ulcérations et l'état fongueux du col.

Chargé à l'hôpital de Lourcine, pendant près de sept ans, du service des femmes enceintes, j'ai été à même d'observer un grand nombre de fois ces modifications et altérations, que j'ai fait représenter par des dessins dus au pinceau de M. Lakerbauer.

Et d'abord, avant de dire quelques mots sur chacune d'elles, reconnaissons, comme l'a très bien dit M. Cloquet, que la plupart sont dues aux changements physiologiques qu'amène l'état de gestation. Il en est de même des modifications que la vulve et le vagin subissent dans leur forme, leur étendue, leur couleur, leur turgescence, leur état de sécheresse ou d'humidité, le développement hypertrophique de leurs papilles, de leurs follicules, etc. ; aussi ces divers phénomènes physiologiques et pathologiques sont-ils d'autant plus prononcés que la femme approche du terme de la grossesse et qu'elle a eu un plus grand nombre d'enfants.

1° L'écoulement muqueux épais, filant, transparent ou opaque, blanc ou d'un blanc jaunâtre, que l'on observe sur ou dans le col de

l'utérus, et que l'on désigne sous le nom de catarrhe utérin, existe chez presque toutes les femmes dans les derniers mois de la grossesse ; il n'est pas la conséquence, comme on le dit à tort, d'une inflammation de la membrane muqueuse utérine, mais bien d'une hypersécrétion simple ou d'une hypersécrétion avec irritation ou inflammation légère des follicules muqueux du col de l'utérus. Il n'est le plus souvent, comme les dessins que je montre ici le prouvent, qu'une exagération et une prolongation hors du col du bouchon muqueux et gélatiniforme, qui chez les femmes enceintes remplit littéralement la cavité du col de l'utérus dans toute sa hauteur et qui envoie des prolongements multipliés dans les cavités mêmes des follicules (œufs de Nabot).

Dans d'autres cas ce mucus vient tout à la fois de la cavité du col et des follicules qui sont sur le museau de tanche, et on le voit sourdre et suinter de l'intérieur de ces follicules en petites colonnes séparées, comme l'eau qui sort des trous de la pomme d'un arrosoir, pour tomber en nappe dans le cul-de-sac postérieur du vagin (1). Très souvent cet état existe avec une membrane muqueuse utérine très saine.

2° Les élevures, que l'on a désignées sous les dénominations vagues et collectives de *granulations*, de *bourgeons charnus*, de *saillies fongueuses*, sont très fréquentes pendant la gestation. Elles sont de trois espèces bien distinctes et n'eussent jamais dû être désignées sous le même nom, car elles ont un siége, une nature, une marche et des conséquences tout à fait différentes.

Les unes sont pleines et forment de petits grains arrondis plus ou moins détachés de la muqueuse ; elles coexistent avec la vaginite granuleuse (jamais sans elle), elles en sont une extension. A l'analyse microscopique, on voit qu'elles sont formées par les papilles de la membrane muqueuse hypertrophiées. Celles-ci peuvent seules conserver le nom de granulations; encore serait-il mieux de les désigner sous le nom de granulations papillaires.

Les autres, un peu moins fréquentes, sont de véritables végétations tout à fait comparables aux végétations syphilitiques, bien que souvent elles ne soient pas de cette nature. Elles sont rameuses, granulées à leur surface, au lieu d'être lisses et polies comme les précédentes, et elles n'existent presque jamais sans végétations analogues sur les parois vaginales ou vulvaires.

La troisième espèce est la plus fréquente de toutes ; il est très rare

(1) C'est ce que représente parfaitement le dessin que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

de rencontrer une femme enceinte, et cela à presque toutes les époques de la grossesse, qui n'en présente pas. Ces granulations siégent le plus souvent au pourtour de l'orifice du col; elles consistent en un développement hypertrophique des follicules muqueux de cette partie, dans leur hypérémie ou dans la dilatation de leur cavité par l'accumulation du mucus qu'ils sécrètent, mucus qui est clair, incolore, ou bien qui renferme une matière blanche finement granulée, ou bien encore une matière jaunâtre et purulente : d'où cette variété d'aspect indiquée par les auteurs sous les noms de granulations rouges, grises, blanches, jaunes. Elles forment plus ou moins de relief sous la membrane muqueuse, et leur volume varie depuis celui d'un grain de millet à celui d'un gros pois. Elles n'ont aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse. Voici des dessins qui présentent toutes les variétés que je viens d'indiquer.

3° Les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse, en tant qu'on ne les confondra pas avec les exulcérations ou excoriations de cette partie, comme on le fait journellement, sont rares; il est entendu que je fais abstraction des ulcérations spécifiques et de celles qui sont le résultat de violences extérieures. Il est à cet égard une cause d'erreur contre laquelle je dois prémunir les jeunes praticiens : le col de l'utérus chez les multipares et même celui des primipares à la fin de la grossesse présente un plus ou moins grand nombre de fentes, de plicatures, de sillons, au fond desquels séjourne et adhère parfois très intimement du muco-pus de consistance très variable; cette matière simule parfaitement bien le fond d'un ulcère dont les bords rouges et saillants sont figurés par les crêtes des plis que je viens de signaler. Effacez ces plis à l'aide du spéculum à valves, essuyez bien le col avec un pinceau, et les prétendues ulcérations disparaîtront comme par enchantement. Il faut que l'erreur que je signale soit facile, car elle a été souvent commise par des hommes très instruits et même par plusieurs de mes collègues à l'hôpital de Lourcine lorsqu'ils n'avaient pas encore acquis une longue habitude du spéculum, et je suis convaincu que plus d'une fois les auteurs qui ont écrit sur les ulcères du col de l'utérus pendant la grossesse ont pris ces plis remplis de muco-pus pour des ulcères; je n'en veux pour preuve que la description qu'ils en donnent : « Ulcérations linéaires, allongées, se prolongeant dans la cavité du col, séparées par des saillies rouges, fongueuses, » et cela sans indiquer les précautions qu'ils auraient dû prendre pour éviter l'erreur.

Des plaques diphthéritiques, qui ne sont pas très rares sur le col

utérin pendant la gestation, des tubercules muqueux ont été aussi pris dans certains cas pour des ulcères du col.

D'autres fois c'est l'état turgescent et fongoïde de la membrane muqueuse de l'orifice du col, dépourvue de son épiderme et saignant au moindre contact, qui a été considéré et décrit comme un ulcère.

Cette dernière considération nous mène à dire quelques mots sur les élevures fongueuses du col.

Chez un très grand nombre de femmes enceintes, surtout chez celles atteintes de catarrhe, chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, comme chez celles qui abusent du coït, l'épiderme du col est ulcéré, les couches superficielles de la membrane muqueuse, surtout au pourtour de l'orifice du col et sur sa face inférieure, sont ramollies, boursouflées; leur réseau vasculaire est congestionné; les follicules muqueux sont hypertrophiés, enflammés; les orifices de ces follicules sont agrandis, béants et laissent suinter un mucus épais. Joignez à cela un peu de ramollissement de la substance propre de l'utérus, et vous aurez l'ensemble des modifications et des légères altérations qui constituent l'état fongueux de la muqueuse du col de l'utérus chez la femme enceinte, état qui est consécutif et presque inhérent à celui de la gestation.

En résumé donc, les légères exulcérations plus ou moins étendues en surface que présente la membrane muqueuse du col, les petites ulcérations circulaires et multiples des orifices des follicules mucipares de cette partie, qui sont dues surtout à la turgescence des organes à cette époque et qui sont presque une conséquence physiologique des changements qu'ils éprouvent, ne m'ont jamais paru modifier d'une manière fâcheuse la marche de la grossesse ni être la cause de fausses couches : aussi n'ai-je jamais dirigé contre elles que des moyens thérapeutiques très simples.

— L'heure avancée de la séance oblige de renvoyer cette discussion à une prochaine réunion.

La Société adopte les conclusions de la commission, qui sont d'adresser des remercîments à l'auteur, de l'engager à continuer ses recherches, de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société, et de renvoyer son travail au comité de publication en même temps que le rapport de M. Laborie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil montre une mamelle qui est le siége d'une tumeur de nature syphilitique, sur laquelle il sera donné de plus amples détails.

— M. Fano présente deux testicules atteints d'une transformation fibreuse partielle de leur substance propre.

Ces pièces ont été recueillies sur un homme d'environ trente-cinq ans. Pas de renseignements sur les antécédents. Le sujet, vigoureusement constitué, paraît avoir succombé à une phthisie pulmonaire. En effet, les deux poumons sont farcis de tubercules en partie ramollis. Des cavernes occupent le sommet des deux organes. Le poumon gauche est appliqué dans toute son étendue sur la paroi costale, à laquelle il est uni par des adhérences tellement intimes qu'il est impossible de les détacher.

La cavité pleurale gauche est totalement effacée.

1° *Testicule droit.* — La tunique fibreuse commune au testicule et au cordon est épaissie. La cavité de la tunique vaginale a disparu et des adhérences intimes unissent ces deux tuniques au corps même du testicule.

L'épididyme adhère dans toute son étendue au bord supérieur du testicule.

Une coupe verticale antéro-postérieure du testicule nous montre un épaississement de la tunique albuginée, dont les dimensions vont en certains points à 3 millimètres. La substance testiculaire, qui a conservé son aspect rougeâtre, a disparu complétement dans certains points, où elle est remplacée par une substance gris blanchâtre, d'aspect fibreux, paraissant se continuer à la périphérie avec la tunique albuginée et n'être que le développement anomal des cloisons celluleuses que la face profonde de la tunique albuginée envoie dans l'intérieur de l'organe. Examinée à un grossissement de 600 diamètres, cette substance gris blanchâtre paraît formée de fibres de tissu cellulaire sans aucun mélange d'éléments fibro-plastiques.

2° *Testicule gauche.*—Mêmes altérations que pour le testicule droit, si ce n'est qu'elles sont moins avancées. Aussi la substance propre au testicule est-elle moins envahie par le tissu fibreux de nouvelle formation que le testicule droit.

M. Vidal pense qu'il s'agit ici de testicules syphilitiques, mais il n'ose se prononcer, puisqu'on ne possède point de détails sur l'homme auquel appartenaient ces organes. Il est d'avis qu'ici l'affection a commencé par les deux épididymes; d'ailleurs presque toutes les maladies aiguës ou chroniques du testicule commencent par les épididymes. D'autre part, l'affection syphilitique du testicule atteint en général les deux côtés à la fois. On a récemment objecté à M. Vidal un cas de

testicule syphilitique unique, mais on n'a point remarqué que l'autre organe était guéri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 4 avril 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade qui, à la suite d'une brûlure de la région fessière, est atteint d'une déformation et d'un déplacement de l'anus. Placé au fond d'un infundibulum constitué par des replis cicatriciels des téguments , l'anus a subi un changement très notable dans sa direction.

— M. Guersant présente un enfant chez lequel la poche d'un spina-bifida, situé dans la région lombaire, s'est en partie affaissée ; il y reste toutefois un peu de liquide, et la division du rachis est encore perceptible. Le petit malade marche bien et n'a aucun signe de paraplégie.

— M. Richard montre un malade qui, il y a dix mois , à la suite d'une chute sur la tête, eut tous les signes d'une fracture du crâne. Il éprouva un écoulement intermittent de sérosité par l'oreille, et rendit même en un jour jusqu'à 800 grammes de liquide. Ce malade guérit de ces premiers accidents ; mais il resta plongé dans une sorte d'idiotie et poursuivi pendant la nuit par de véritables cauchemars.

M. Richard appelle l'attention de la Société sur les troubles intellectuels qui succèdent parfois aux fractures du crâne.

M. Chassaignac rapporte qu'il a vu des faits analogues à celui de M. Richard, et qu'il en a cité un dans sa thèse.

M. J. Cloquet rappelle d'abord qu'en 1824 et 1825 il a constaté sur des malades atteints de fracture du crâne, et qui avaient rendu du liquide par l'oreille, tantôt une déchirure de la dure-mère, tantôt absence de lésions dans cette membrane. Il cite ensuite un fait de fracture probable du crâne avec écoulement sanguin par l'oreille où, après la guérison, le malade se trouva privé de l'audition.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Bertherand, chirurgien principal de l'armée, un mémoire *sur la luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde.*

Ce mémoire est renvoyé à la commission qui doit examiner les autres travaux de M. Bertherand, et qui se compose de MM. Larrey, Lenoir et Désormeaux.

— M. le docteur Bardinet (de Limoges) écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse plusieurs notices sur divers points de chirurgie. (Commission : MM. Denonvilliers, Giraldès et Gosselin.)

Suite de la discussion sur le travail de M. Cazeaux. — M. Gosselin établit à l'aide de chiffres recueillis à l'hôpital de Lourcine les diverses propositions qu'il a émises dans la dernière séance.

Pendant les trois années qu'il a passées à l'hôpital de Lourcine, M. Gosselin a rassemblé 34 observations de grossesses coïncidant avec la vaginite, les végétations ou la syphilis constitutionnelle. 11 malades sur les 33 ont eu positivement des érosions ou des granulations sur le col ; 9 autres n'ont présenté aucune lésion de ce genre ; les 13 restant ou n'ont pas été examinées avec le spéculum, ou ont présenté une telle projection du col en arrière que sa surface n'a pu être mise à découvert. Toutes, d'ailleurs, sont arrivées heureusement au terme de leur grossesse.

En définitive, sur 20 femmes bien examinées, il y a eu 11 fois une de ces lésions qu'on appelle ulcérations, érosions, granulations. La proportion est donc moindre que celle dont a parlé M. Cazeaux.

Parmi les 11 malades atteintes d'érosions, aucune n'a éprouvé de douleurs, ni d'hémorrhagie, ni vomissements rebelles, ni aucun symptôme qu'on ait pu attribuer à la lésion du col ; 8 d'entre elles sont accouchées à terme, et 3 seulement ont fait des fausses couches à trois mois et demi, cinq mois et six mois et demi ; et parmi elles il s'en trouve une, la première, chez laquelle la fausse couche a paru provoquée par l'introduction intempestive du crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col pour un catarrhe utérin. La grossesse avait été dissimulée, et on ne l'avait pas reconnue. Les deux autres avaient une syphilis constitutionnelle. M. Gosselin a donc eu raison, d'après ces chiffres, de dire que les fausses couches ne sont pas fréquentes chez les femmes atteintes d'ulcération pendant la grossesse, et que, quand l'avortement

arrive, on peut l'attribuer à toute autre cause, et en particulier au catarrhe utérin et à la syphilis constitutionnelle.

Ce dernier fait ressort encore de l'examen comparatif du nombre de femmes qui ont fait des fausses couches ayant des ulcérations au col et de celles qui ont eu le même accident n'ayant pas d'ulcération. M. Gosselin trouve, en effet, dans ses registres 8 observations de fausse couche : 3 sur des malades qui avaient une érosion, 5 sur des malades qui positivement n'avaient rien au col.

M. Richet. La question des ulcérations du col pendant la grossesse, sans être précisément une question nouvelle, puisqu'elle a déjà été traitée par plusieurs chirurgiens distingués, n'en est pas moins une question encore fort mal connue, et pour la solution de laquelle il importe que chacun apporte les documents dont il dispose. C'est à ce titre que j'ai cru devoir prendre part à la discussion actuelle, d'autant mieux que mes opinions sur ce sujet se trouvent par le fait mises en jeu, puisqu'il s'est souvent agi, et dans le travail de M. Cazeaux, et dans le rapport de M. Laborie, de la thèse de M. Coffin, mon ancien interne, qui a puisé dans mon service ses idées et ses documents.

Je dirai tout d'abord qu'une confusion regrettable semble s'être établie dans la discussion, en ce sens qu'on me paraît avoir confondu sous un seul et même nom des choses essentiellement différentes. Dans sa thèse, qui d'ailleurs ne reflète qu'incomplétement ma manière de voir, M. Coffin ne traite absolument que des ulcérations graves de l'utérus pendant la grossesse; seulement il oublie de dire qu'il n'a l'intention de s'occuper que de celles-là. Aussi M. Cazeaux et tous ceux qui l'ont suivi ont-ils pu penser que je considérais toutes les ulcérations qu'on observe chez les femmes enceintes comme une affection sérieuse pouvant entraîner de graves accidents. Or c'est là une grande erreur. J'ai toujours reconnu et professé dès l'année 1848, époque à laquelle j'ai commencé à fixer mon attention sur ce sujet, qu'il existait deux sortes d'ulcérations du col pendant la grossesse : les unes physiologiques pour ainsi dire, sans gravité aucune, ne survenant qu'après le cinquième mois de la gestation, ne provoquant que très rarement des accidents, et auxquelles j'ai donné le nom d'*érosions variqueuses*, pour des raisons que je dirai bientôt; les autres pathologiques, et pouvant réclamer un traitement spécial. Il me paraît nécessaire, dans un sujet aussi nouveau, d'entrer dans quelques détails pour être bien compris.

Les ulcérations physiologiques, ou *érosions variqueuses* du col, les seules que M. Cazeaux paraît avoir eues en vue dans son mémoire, et dont M. Coffin n'a pas dû s'occuper, puisqu'il faisait seulement l'his-

toire des ulcérations graves, commencent à apparaître à partir du cinquième ou du sixième mois de la gestation.

Il me serait impossible de fixer leur degré de fréquence relative; ce que je puis dire, d'après ma propre expérience, c'est qu'elles sont très communes. Elles se présentent sous l'apparence de fines granulations d'un rouge tantôt vif, tantôt pâle, et ne semblent souvent produites que par le simple détachement du feuillet épithélial. Elles sont recouvertes d'une couche de mucus épais, transparent, très adhérent, qu'on a beaucoup de peine à en détacher, et elles ne saignent que difficilement, même par le contact un peu rude de la charpie. Le spéculum est nécessaire pour les découvrir, car les inégalités sont si peu prononcées, et le tissu du col est si mou, que le toucher le plus exercé peut être mis en défaut lorsqu'il s'agit de les apprécier.

Loin d'être le résultat d'une suractivité dans les fonctions du tissu utérin, elles m'ont paru être dues à une sorte d'inertie ou de ralentissement dans la circulation veineuse utérine; à une sorte de stase sanguine analogue à celle que l'on observe dans le système veineux des parties sous-pelviennes chez les femmes enceintes. On sait en effet que la circulation en retour y est soumise à des entraves qui augmentent avec le volume de plus en plus considérable de l'œuf, et l'on comprend que le col, étant la partie la plus déclive de l'organe gestateur, subisse cette influence d'une façon plus marquée : d'où ce ramollissement, ce gonflement, cette turgescence qui se terminent chez un grand nombre de femmes par une sorte d'absorption moléculaire analogue à celle qui donne lieu aux ulcères variqueux. C'est donc là une conséquence naturelle de l'état gravide de l'utérus, un accident physiologique, qu'on me passe l'expression, au même titre que les varices des membres inférieurs, les hémorrhoïdes, la turgescence bleuâtre du vagin et de la vulve. Tous ces accidents, dus à la même cause et venus en même temps, disparaissent ordinairement après l'accouchement.

Je dis ordinairement, car quelquefois ces érosions variqueuses du col persistent, et donnent lieu alors à une variété d'ulcération du col sur laquelle je crois avoir le premier attiré l'attention sous le nom d'*ulcération suite de couches,* dans la thèse d'un autre de mes internes, M. le docteur Dubreuil.

Il est excessivement rare que ces érosions variqueuses donnent lieu à des accidents. C'est dire qu'il n'y a pas de traitement à leur opposer. Pour mon compte, je me borne à prescrire le repos et quelques bains, lorsqu'il me semble que les douleurs lombaires qu'éprouvent certaines femmes à la fin de leur grossesse peuvent leur être attribuées.

Tel cst selon moi le mode de développement de ces érosions qu'on observe si fréquemment sur le col des femmes enceintes, et qu'il ne faut pas confondre avec les ulcérations proprement dites, dont je ne puis qu'esquisser rapidement l'histoire.

Toutes les variétés d'*ulcération* qu'on observe chez les femmes hors d'état de gestation peuvent se rencontrer pendant la grossesse ; mais il m'a paru que chez quelques sujets elles avaient, probablement par suite des modifications que subit alors le tissu utérin, une certaine tendance à revêtir le caractère fongueux, à creuser les lèvres du col, à devenir saignantes et à provoquer des accidents graves, l'avortement, par exemple. C'est de cette variété d'ulcération seule que j'ai entendu parler lorsque j'ai dit en 1849 qu'il fallait leur opposer un traitement. Je ne vois donc pas trop ce qui a pu induire M. Cazeaux en erreur et lui faire croire que je voulais traiter tous les genres d'ulcérations du col indistinctement, d'autant mieux qu'à cette époque il me faisait l'honneur de visiter souvent mon service.

Ces ulcérations sont heureusement fort rares, je n'en ai recueilli pendant les trois années que j'ai passées à Lourcine que six observations ; je pourrais, il est vrai, en ajouter deux autres, mais ce ne serait que de souvenir, parce qu'alors, mon attention n'étant pas éveillée sur ce sujet, je n'ai pu les rédiger avec tout le soin désirable.

Sur ces six malades, cinq avaient actuellement ou avaient eu antérieurement la syphilis ; une seule en paraissait exempte. Il serait donc permis de se demander si la syphilis ne jouerait pas un rôle dans cette affection. Cependant dans deux cas, l'inoculation ayant été négative et d'autre part une des malades n'ayant jamais eu d'accidents syphilitiques, il est permis de rester dans le doute. Peut-être l'abus du coït n'est-il pas étranger à leur aggravation.

La plus âgée de ces malades avait 29 ans et la moins âgée 18. La plus avancée dans sa grossesse était à cinq mois et celle qui l'était le moins à trois mois et demi.

Il y a donc là une grande différence eu égard à l'époque à laquelle apparaissent ces ulcérations, surtout comparée à celle où on commence à reconnaître les érosions variqueuses, que j'ai déjà dit ne se montrer qu'au sixième mois.

Chez toutes mes malades les ulcérations à bords nettement découpés, à fond rouge et saignant étaient recouvertes de granulations ou fongosités rougeâtres qui se prolongeaient entre les lèvres du col restées entr'ouvertes, caractères qui suffisent à les distinguer des érosions.

Quatre malades ont avorté, deux sont sorties de l'hôpital pouvant

être regardées comme guéries; sur les quatre qui ont avorté, une seule a été cautérisée, les trois autres n'ont subi ***aucun traitement local.***

Il n'est donc pas permis de supposer que la cautérisation a pu être la cause de l'avortement dans le premier cas, d'autant mieux que sur une des deux qui n'ont pas avorté j'avais touché le col à plusieurs reprises tantôt avec le crayon d'azotate d'argent, d'autres fois avec l'azotate acide de mercure.

Chez toutes ces malades des douleurs lombaires et hypogastriques intermittentes très vives avaient nécessité leur entrée à l'hôpital, une seule exceptée, chez laquelle les coliques utérines ne se déclarèrent que quelques jours après son entrée. Celle-là fut examinée en présence de MM. Cazeaux et Delpech, auxquels j'annonçai l'avortement probable dès le début, pronostic qui ne se vérifia que trop, malgré l'absence de toute espèce de médication locale, même d'injection.

Enfin, ayant pu revoir deux de mes malades longtemps après l'avortement, j'ai pu m'assurer que l'ulcération n'avait pas encore complétement disparu, ce qui nécessita alors un traitement énergique.

Tels sont, en résumé, les caractères les plus saillants observés sur ces six malades, et je craindrais d'abuser des moments de la Société en y insistant davantage. Il me suffira, je pense, de faire remarquer les différences capitales qui séparent sous le rapport du diagnostic et surtout du pronostic les ***véritables ulcérations*** des ***érosions variqueuses;*** c'est là pour le moment le seul point sur lequel je veuille insister, parce qu'il me semble n'avoir pas été bien nettement saisi et avoir donné lieu à un malentendu.

Quant au traitement, il est bien clair que, du moment où j'émets cette opinion, que ces ulcérations, en provoquant les contractions et non en déterminant des pertes rouges, peuvent entraîner l'avortement, j'admets implicitement qu'il faut en instituer un. Quel doit-il être? Je suis encore dans l'indécision. Les deux premières malades, celles dont l'observation n'a pu être recueillie, avaient été cautérisées au fer rouge, et, comme l'avortement s'en était suivi, j'avais renoncé à ce moyen.

Peut-être me suis-je trop hâté, car l'observation ultérieure m'a prouvé que de tous les caustiques c'était celui qui réprimait le mieux les fongosités et dont l'action se limite le plus facilement.

Ces malades, il est vrai, ont avorté; mais comment en accuser le traitement, lorsqu'on sait qu'en l'absence de toute médication ce résultat est à peu près inévitable? Tout au plus pourrait-on arguer de l'insuffisance du cautère actuel. Quant au caustique Filhos, mis en usage

par MM. Boys de Loury et Bennett, je n'hésite pas à le rejeter avec notre savant rapporteur.

En résumé, si par le repos, les bains, les lavements laudanisés et quelques applications astringentes, je ne parvenais pas à arrêter les progrès de l'ulcération, à faire cesser les contractions utérines et à modifier le col, je n'hésiterais pas, en présence de l'imminence de l'avortement, à toucher l'ulcération avec l'azotate acide de mercure ou d'argent, et je garderais le cautère actuel comme ressource ultime.

M. Laborie fait remarquer qu'il s'agit ici d'une question peu étudiée encore. D'ailleurs, il y a un point de départ différent dans les études de MM. Costilhes, Coffin, etc., et dans celles de M. Cazeaux. Cette différence est celle qui existe entre un état morbide et un état normal quo nous a si bien fait connaître M. Cazeaux, et que M. Cloquet a comparé aux hémorrhoïdes et aux varices de la grossesse. M. Laborie ajoute qu'il n'avait point à discuter ces faits, mais à les rapprocher les uns des autres.

M. Voillemier ne croit pas que cette discussion, soulevée par l'exagération d'un fait bien connu, ait apporté de grandes lumières dans la question. L'on s'est borné à constater la fréquence de ces lésions; il faut maintenant recueillir des faits pour examiner ce sujet sous toutes ses faces. Depuis la dernière séance, M. Voillemier a eu l'occasion d'examiner au spéculum l'utérus de six femmes enceintes, et dans quatre cas il existait des érosions. M. Bennett a prétendu que ces ulcérations produisent l'avortement, des vomissements incoercibles, etc., etc. M. Voillemier regrette de ne point trouver dans le travail de M. Cazeaux des faits qui confirment ou infirment l'opinion du médecin anglais.

M. Laborie répond à M. Voillemier qu'avant le travail de M. Cazeaux l'on n'était point édifié sur les altérations du col utérin chez les femmes enceintes.

M. Voillemier affirme que ces érosions étaient très bien décrites dans le livre de M. Bennett comme une modification apportée par la grossesse. Mais, selon M. Bennett, il faut les traiter. La discussion n'a guère touché ce point de la question.

M. Gosselin. La discussion soulevée devant la Société ne paraît point avoir confirmé la doctrine qui soutient la gravité de ces ulcérations du col utérin pendant la grossesse. Comment s'expliquer alors la divergence des opinions émises? Ainsi, aucune des malades observées par M. Gosselin ou par ses collègues de Lourcine n'a eu d'hémorrhagie, et M. Danyau n'a pu constater cet accident qu'une seule fois.

M. Richet. Il y a sans doute un malentendu dans l'appréciation de tous ces faits, et il faut encore rappeler que M. Cazeaux a confondu entre elles des ulcérations différentes de nature et de pronostic. Ainsi, une seule variété d'ulcération produit l'avortement ; ce sont ces ulcérations fongueuses qui pourraient bien être sous l'influence de la syphilis.

— A cinq heures un quart la séance est levée.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 11 avril 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nystagmus double congénial. — M. Larrey présente un militaire atteint de nystagmus double au degré le plus prononcé, avec cette observation sommaire :

Le nommé Bonnemet, du 1er régiment de carabiniers, admis au service par le conseil de révision de sa localité, à cause de sa grande taille (1 mètre 95 centimètres), se trouve cependant affecté d'une infirmité assez rare de la vue, et d'autant plus grave qu'elle est congéniale et compliquée. Il a un nystagmus des deux yeux avec amblyopie et un peu de mydriase. Divers renseignements nous ont appris que son frère aîné, son plus jeune frère et trois de ses sœurs sont affligés de la même maladie à des degrés variables. On prétend même que l'un de ses parents moins proche aurait été réformé autrefois pour la même cause. Mais nous ne pouvons garantir l'authenticité de ces renseignements.

Quoi qu'il en soit, le jeune soldat dont il s'agit a été présenté par M. le docteur Boulongne, aide-major de son régiment, à M. le professeur Nélaton d'abord, ensuite à MM. Sichel et Desmarres, enfin à nous, et tous nous avons constaté l'existence de cette affection appréciable au plus haut degré.

Entré au Val-de-Grâce d'après notre avis, et placé dans le service de la clinique chirurgicale, le malade nous a offert, ainsi qu'à notre aide de clinique, M. Boucquerot, l'état suivant, que MM. les membres de la Société peuvent reconnaître :

Les deux yeux, regardant la lumière, éprouvent une mobilité à peu près continue, similaire de chaque côté, transversale à l'axe visuel, et si rapide que le nombre des oscillations est de 180 par minute. L'aspect de l'œil, à droite et à gauche, présente une faible saillie, comme chez certains myopes, et une dilatation assez marquée de la pupille, du reste plus contractile que chez les amaurotiques; mais point d'opacité dans l'appareil du cristallin, ni d'altération bien appréciable plus profondément. (M. Desmarres a indiqué cependant, à l'aide de l'ophthalmoscope, un arrêt de développement des vaisseaux de la rétine et une saillie prononcée de la papille optique.)

Si le malade cherche à fixer son regard sur un objet quelconque placé devant lui à distance et trop éclairé, il ne peut le distinguer, ou bien il croit le voir vaciller d'une façon isochrone aux mouvements mêmes de ses yeux. Mais il parvient aisément à discerner les objets placés à sa gauche, à condition d'incliner légèrement la tête dans ce sens. Le nystagmus s'arrête alors dans les deux yeux, qui deviennent momentanément immobiles, comme dans un état de strabisme divergent.

Ce phénomène ne se reproduit point du côté droit, et dès que les yeux se portent dans cette direction, ils éprouvent leur mouvement oscillatoire habituel, sans possibilité aucune de fixer un objet ou de lire des caractères d'imprimerie, même de grande dimension. Mais si le regard est dirigé de haut en bas et de bas en haut sur un point mobile, sur un doigt, par exemple, l'oscillation, sans être suspendue, se ralentit, et permet la perception visuelle, même à une distance ordinaire. La vue éprouve d'ailleurs une modification telle que le malade peut écrire avec plus de facilité qu'il ne lit, peut-être à cause de la direction des yeux plus fixe et plus inclinée sur la plume que sur un livre. Il éprouve enfin, après deux ou trois minutes d'attention, une sorte de fatigue; il ne distingue plus aucun objet, et paraît momentanément atteint de cécité.

M. Larrey, en présentant ce cas de nystagmus, ne croit guère à sa curabilité, surtout par la ténotomie. Il essayera seulement de ralentir et de détourner la mobilité des yeux par l'application des louchettes et par une sorte de gymnastique oculaire; mais il serait désireux avant tout d'avoir l'avis de ses collègues sur le fait qui lui semble mériter leur attention.

M. Houel fait remarquer dans ce cas l'existence d'une déformation de la pupille. L'iris est notablement plus étroit du côté droit.

M. J. Cloquet rappelle que le nystagmus est assez fréquent sur les aveugles de naissance, mais qu'il n'en a vu qu'une seule fois en dehors de

ces conditions sur une malade entrée en 1828 à l'hôpital Saint-Louis pour une cataracte. M. Cloquet la soumit à l'opération, qui réussit à gaucho seulement. Quand on enfonça l'aiguille dans l'un des yeux on le fixa, et l'on put arrêter aussi les mouvements de l'œil opposé.

M. Laborie a vu un jeune homme atteint de cette infirmité; il no pouvait fixer les objets, et, pour exercer sa profession de musicien, il était obligé d'apprendre d'abord par cœur la musique. Il n'eût point été exempté du service militaire si l'on n'eût constaté un peu d'amblyopie sur l'un des yeux.

M. Gosselin. Ce fait est remarquable par deux circonstances : 1° l'absence de lésions dans le cristallin; 2° la dilatation considérablo des deux pupilles, qui sont en même temps très immobiles. L'on note aussi dans ce cas un affaiblissement de la vision.

Il n'y a point de traitement à opposer à cette affection. On a fait à la vérité quelquefois la section des muscles droits interne et externe, mais cette section n'a point eu de résultats satisfaisants, et une exophthalmie peut en être la conséquence. C'est la mydriase qui empêche de voir dans ce cas. D'ailleurs, cette convulsion dos muscles de l'œil diminue avec l'âge; et à ce propos M. Gosselin cite l'exemple d'un de nos confrères qui est atteint de nystagmus, et qui voit cette affection diminuer peu à peu.

M. Boinet ne pense pas que chez le confrère auquel M. Gosselin vient de faire allusion le nystagmus ait diminué. Quant aux guérisons de cette maladie annoncées par MM. Bonnet, Philips et Guérin à la suite de la section des muscles, il ne les trouve point satisfaisantes. L'on a pu éteindre l'état convulsif des muscles oculaires, mais on lui a substitué un état plus fâcheux. M. Boinet a vu un malade auquel on coupa d'un côté l'un des muscles droits; il y eut strabisme du côté opposé et exophthalmie. Enfin l'œil était plus difforme qu'avant l'opération, quoique les mouvements latéraux eussent cessé. M. Guérin prétend, à la vérité, que la ponction sous-cutanée ne donnerait point lieu à l'exophthalmie.

M. Larrey engage ses collègues à émettre leur avis sur ce malade, car il aura sans doute à se prononcer sur sa position militaire.

M. Lenoir a toujours vu le nystagmus accompagné de quelque autre affection de l'œil. Il a relevé, dans sa *Thèse sur les opérations qu'on pratique sur les muscles de l'œil*, tous les cas où l'on a coupé ces muscles, et il est arrivé à ce résultat qu'il n'y avait rien à faire, parce que la récidive avait lieu à la suite de la réunion des muscles coupés.

M. Guersant a vu des enfants atteints de nystagmus en même temps que de cataracte, et il a voulu essayer dans ce cas la gymnastique oculaire à l'aide de lunettes à strabisme; mais les enfants ne savaient point se soumettre aux exigences de ce traitement. Peut-être sur un adulte, comme celui que M. Larrey vient de nous présenter, serait-il possible d'arriver à un résultat aussi satisfaisant que celui obtenu par la gymnastique dans la chorée.

RAPPORT.

M. Danyau lit un rapport sur un travail de M. Charrier, intitulé *De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel* (1). Les conclusions de ce rapport sont :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Charrier pour son intéressante communication;

2° D'insérer son mémoire dans les comptes rendus de la Société.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide que le rapport de M. Danyau sera inséré dans ses *Bulletins* à la suite du travail de M. Charrier.

De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel; par M. Charrier, interne à la Maternité. —Il arrive quelquefois que les enfants qui ont été extraits à l'aide du forceps sont pris, soit presque immédiatement, soit quelque temps après la naissance, de symptômes de congestion et de compression cérébrales, somnolence ou agitation convulsive, assoupissement profond, œil hagard, strabisme, face alternativement rouge ou pâle, constipation, pouls petit, irrégulier, lent, surtout vers la fin de la maladie. Souvent ils succombent, et à l'autopsie l'on rencontre une suffusion sanguine très considérable à la périphérie des hémisphères, épanchement à la base, injection des plexus choroïdes, etc.

Nous avons eu occasion de voir trois cas de congestion semblable qui ont offert les mêmes symptômes, la même marche ; l'étiologie seule n'était pas la même, puisque les trois enfants qui font le sujet de ces observations sont nés naturellement au bout d'un travail ni trop long, ni trop court. Nous croyons pouvoir, par les lésions anatomiques que nous avons trouvées, ou tout au moins par quelques anomalies dans l'ossification du crâne, établir la relation qui existe entre ces deux ordres de faits.

Voici ces trois observations :

Le 14 avril 1854, entre à la salle Sainte-Marie, à la Maternité, une femme de stature élevée, âgée de vingt-huit ans. Elle est affectée de

bronchite. Accouchée depuis trois jours, elle est à sa quatrième couche, et elle nous apprend qu'elle a perdu ses trois premiers enfants du septième au dixième jour de leur naissance. Pendant les trois ou quatre premiers jours il avaient pris le sein, teté avec assez d'avidité, puis ils avaient cessé, et avaient succombé le premier le dixième jour, le deuxième le septième, et le troisième le huitième. Elle s'était placée comme nourrice après la mort de son dernier enfant, et avait fait un très bel élève. Ces enfants, dit-elle, dormaient toujours, ne se réveillaient qu'avec peine, et finissaient par succomber dans cet état de somnolence.

Pas d'antécédents de maladies cérébrales dans sa famille ni dans celle du père.

Cette femme est accouchée le 11 avril; elle s'est toujours bien portée pendant sa grossesse; elle est forte, vigoureuse; son bassin est bien conformé. Le travail de la parturition a duré six heures. L'enfant se présentait en O. I. G. antérieure.

Le 15 mai au matin nous examinons l'enfant; il est à terme, pèse 2 kilog. 700 gram. Son aspect extérieur ne dénote aucune maladie; il paraît vif; le cri est fort. Sa mère ne pouvant l'allaiter à cause de sa bronchite, il tette bien une nourrice depuis deux jours.

Le 15 au soir, sa nourrice nous dit qu'il a moins teté que la veille; le cri est moins fort; la peau est un peu chaude, surtout à la tête; le pouls est à 115. Il avale bien l'eau sucrée qu'on lui donne à la cuiller.

Le 16 au matin, la figure est pâle; quelquefois elle est colorée par une rougeur passagère. L'enfant n'a pas évacué; le pouls est à 110, petit, irrégulier. La respiration est suspirieuse, lente; l'iris est peu contractile; les mouvements des membres sont lents, saccadés; les yeux sont quelquefois portés en haut et en dedans; le cri est plus faible que la veille. — Calomel, 0,10; lavement; huile de ricin, 8 grammes.

Le 16 au soir, le petit malade est un peu mieux; il a évacué; moins d'assoupissement; le regard cependant a gardé son étrangeté. Strabisme convergent. Le pouls est à 120, plus plein et plus régulier.

Le 17 au matin, coma; respiration plus lente; 23 inspirations par minute. L'enfant ne tette pas, ne crie pas. Le pouls est à 100, petit et irrégulier; la déglutition est très difficile. Les pieds et les mains sont froids, mais non affectés de sclérème. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Injection très prononcée de la pie-mère cérébrale. Les sinus sont gorgés de sang noir, sirupeux. La toile choroïdienne, les plexus choroïdes sont très fortement injectés. Sérosité sanguinolente dans les ventricules. Sur la tente du cervelet suffusion

sanguine à la base du cerveau, allant jusqu'au chiasma des nerfs optiques. La substance cérébrale est rosée. Le cervelet participe à cette injection.

Rien dans le rachis; rien dans les autres viscères. Les poumons seuls sont violacés à leur partie postérieure, et comme hypostatiquement.

Mais en enlevant la calotte crânienne, nous fûmes frappés de la facilité avec laquelle nous pûmes couper les os, même au niveau des bosses frontales. Nous enlevâmes les téguments, et nous vîmes alors que les os étaient d'une ténuité extrême et d'une épaisseur si minime, que l'on voyait le jour à travers la boîte osseuse comme à travers une membrane desséchée. Ces os étaient très souples, très dépressibles sous le doigt; ils s'enfonçaient sans se fracturer, et reprenaient par leur élasticité leur ancienne forme.

L'absence de toute violence, de toute longueur dans le travail ; l'absence de tout antécédent de maladie cérébrale dans la famille, la bonne conformation de la mère, nous firent penser que c'était à la ténuité seule des os, à leur dépressibilité que nous devions attribuer la congestion cérébrale qui avait fait périr notre petit malade, et probablement aussi les autres enfants de la même femme.

En effet, quelle est la cause la plus fréquente des convulsions qui surviennent, soit aussitôt après la naissance, soit peu de jours après? Ce sont évidemment les violences traumatiques sur le crâne et consécutivement sur le cerveau par la pression exercée par les branches du forceps, la dépression avec ou sans fracture faite sur les parois crâniennes par l'angle sacro-vertébral. C'est donc, en résumé, toujours la compression, quelle qu'en soit la cause, qui est la source des accidents convulsifs. Or, dans l'observation précédente, la compression du crâne, et par suite de l'encéphale, a été favorisée pendant tout le travail par l'excessive ténuité des os, et la pression exercée par l'utérus, par les parties molles sur la tête pendant toute la période d'expulsion, a suffi ici pour remplacer une cause traumatique quelconque, une violence extérieure. La compression n'a peut-être pas été assez forte pour déterminer des convulsions proprement dites, mais elle l'a été assez pour congestionner l'encéphale, engourdir les fonctions de cet organe et faire prédominer la forme comateuse et les accidents qui sont survenus.

Du reste, cette pression par les parties molles sur la tête est très forte; c'est à elle que l'on doit l'élongation du diamètre antéro-postérieur du crâne dans l'accouchement par le sommet, phénomène qui n'existe pas quand l'accouchement a lieu par l'extrémité pelvienne.

— Le deuxième fait survint dans le mois de juin 1854.

L'enfant a été pris de somnolence, de coma le deuxième jour après sa naissance. La respiration est lente, 24 inspirations par minute; le pouls est petit, concentré, à 115 pulsations; l'enfant avait teté; il était à terme. Sa mère était primipare, âgée de vingt-trois ans, bien constituée. Le toucher ne faisait apprécier aucun vice de conformation du bassin. Le travail avait duré huit heures. L'enfant se présentait en première position du sommet. Il mourut le huitième jour, après avoir présenté de plus en plus une aggravation dans les symptômes. La veille de sa mort il avait eu quelques légers mouvements convulsifs dans la bouche et dans le bras gauche.

A l'autopsie, nous trouvons une congestion générale à la périphérie du cerveau. Entre les deux hémisphères, des deux côtés de la grande faux, épanchement de sang sous l'arachnoïde; suffusion sanguine à sa base; les autres viscères sont sains; rien dans le rachis. Les os du crâne sont moins minces que dans l'observation précédente, mais les fontanelles sont très larges, les sutures très écartées; les diamètres de la tête sont normaux.

Mais là encore la compression pendant le travail a agi d'une manière évidente, et la masse encéphalique a été pressée de toutes parts, mais surtout dans le diamètre bipariétal, pendant la période d'expulsion, et cette compression a été singulièrement favorisée par la largeur des fontanelles et l'écartement des sutures.

— Le troisième fait est le suivant :

Une femme entre en douleurs à la Maternité le 20 septembre 1854; elle a déjà eu un enfant il y a trois ans, enfant qui se porte bien. Pendant toute sa grossesse, elle a eu de la diarrhée; elle est affaiblie, extrêmement pâle et anémiée.

Transportée à la salle d'accouchement, elle y accouche au bout de quatre heures de travail d'un enfant à terme, bien portant, qui crie aussitôt après sa naissance. Mise à l'infirmerie le quatrième jour de sa couche, elle a une sécrétion laiteuse abondante; la diarrhée a cessé; elle allaite son enfant, qui prend bien le sein.

Le sixième jour, l'enfant est agité; le lendemain, ses mouvements sont plus lents, les yeux hagards, fixes; constipation. Le pouls est à 125 pulsations.

Le septième jour, l'assoupissement augmente; le pouls est à 110, petit, irrégulier; la respiration est suspirieuse, entrecoupée; un peu de hoquet (calomel, 0,10; deux sangsues). Le soir, assoupissement presque léthargique.

Le huitième jour, quelques mouvements dans les bras; les doigts

sont roides; le cri est faible, presque éteint; les yeux fixes, la figure grippée; quelques légers tremblements dans les lèvres, qui sont pincées; les narines sont ouvertes, dilatées. Rien à l'auscultation; pas de météorisme du ventre.

Mort à trois heures du soir.

L'autopsie est faite dix-huit heures après la mort.

Le cadavre est rigide comme pendant l'hiver, et la température était douce, + 12°. Les viscères abdominaux et thoraciques sont sains.

Le crâne ouvert laisse voir une suffusion sanguine à la partie postérieure des hémispbères et surtout à la base entre l'aracbnoïde et la pie-mère. Injection très vive de la pie-mère, du cervelet et du bulbe avec épanchement en nappe qui occupe le sillon postérieur de la moelle jusqu'à la troisième vertèbre dorsale. Les sinus sont gorgés de sang noir. Les plexus choroïdes sont injectés; rien dans les ventricules. Sérosité louche au pourtour du chiasma des nerfs optiques. Les sutures sont très larges, et les fontanelles beaucoup plus grandes que de coutume, les diamètres de la tête restant normaux. La fontanelle antérieure a 0,02 de largeur; la fontanelle occipitale est aussi beaucoup plus apparente, 0,015 dans le diamètre antéro-postérieur. Fontanelle supplémentaire à 1 centimètre au-dessus de la fontanelle postérieure. La suture lambdoïde a d'un pariétal à l'autre 0,007; les deux os frontaux ne sont pas réunis de telle sorte que la partie antérieure de la fontanelle antérieure se continue jusqu'à la racine du nez. Les os sont très peu épais, translucides et dépressibles.

Là encore nous voyons une grande étendue des fontanelles, une fontanelle supplémentaire jointe à une extrême ténuité des os. Vient ensuite s'ajouter un arrêt d'ossification, puisque les deux os frontaux ne sont pas réunis.

Nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit plus haut : aussi n'insisterons-nous pas davantage; la compression du crâne et du cerveau pendant le travail par l'utérus et les parties molles est la cause des phénomènes pathologiques que nous avons observés pendant la vie et que l'autopsie est venue confirmer.

Les lésions que nous avons trouvées dans ces trois examens cadavériques sont exactement les mêmes que celles que l'on retrouve dans tous les cas où l'enfant a succombé à la suite de l'application du forceps, et il nous semble que l'on peut expliquer, comme nous l'avons fait, les phénomènes dont nous avons été témoin, et qui se sont traduits pendant la vie par un assoupissement, un coma plus ou moins profond et toujours par une lésion des centres nerveux.

Ces symptômes simulent une méningite commençante. Or tout le monde sait que la méningite, les épanchements sanguins sont très rares chez les enfants nouveau-nés quand il n'y a eu ni sclérème ni violence extérieure.

Mais, pourra-t-on objecter, les accidents ne se sont développés que quelques jours après la naissance; ceci est parfaitement vrai; mais les effets de la compression du cerveau ne sont pas immédiats chez l'adulte; Boyer en cite plusieurs exemples. Pourquoi en serait-il autrement chez l'enfant?

Nous-même nous avons vu un enfant très volumineux extrait à l'aide du forceps qui ne fut pris de convulsions que le cinquième jour de sa naissance, qui mourut le douzième, et qui à l'autopsie nous offrit toutes les altérations de la méningite suppurée.

Nous n'avons voulu, en publiant ces trois faits, qu'appeler l'attention des observateurs sur la cause prochaine de l'état comateux qui survient quelques jours après la naissance chez quelques enfants en apparence bien portants, issus de parents sains et qui semblaient destinés à vivre. Nous sommes loin de dire que la cause que nous avons indiquée soit la seule, mais nous ne l'avons vue signalée nulle part. En parcourant les traités spéciaux, nous n'avons rien trouvé. Seulement dans le *Bulletin de thérapeutique*, septembre 1847, M. le docteur Berton a publié sous le nom d'*Engourdissement des nouveau-nés* trois observations qui ont, quant aux symptômes, quelques points de ressemblance avec les nôtres.

Nous regrettons que M. Berton n'ait parlé ni de l'état des os du crâne, ni de l'état des fontanelles et des sutures; il aurait peut-être trouvé les mêmes conditions anatomiques que nous avons signalées. Nous n'avons du reste voulu par ces quelques lignes que tâcher de prouver que l'extrême ténuité des os du crâne, le très grand écartement des sutures, la largeur insolite des fontanelles peuvent dans certains cas, concurremment avec la pression exercée sur la tête par l'utérus et les parties molles, être la cause de l'épanchement encéphalique, du coma qui en est la suite, et enfin de la mort.

Rapport de M. Danyau sur le travail précédent. — M. Charrier, interne de la Maternité, a lu dans une des dernières séances un mémoire intitulé *De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel*, dont MM. Lenoir, Laborie et moi avons été chargés de vous rendre compte. (Voir plus haut.)

La tête du fœtus a toujours été en obstétrique un objet particulier d'étude. Ses dimensions, le rapport de ses diamètres avec ceux du bas-

sin, la disposition de ses sutures, la forme de ses fontanelles, les différences capitales qui distinguent les os de sa voûte de ceux de sa base sont très minutieusement indiqués dans les traités même les plus élémentaires. L'art ne repose-t-il pas en partie sur ces notions essentielles?

Dans cette étude on a particulièrement insisté sur l'utilité de certaines dispositions anatomiques qui permettent des changements de forme favorables à la progression de la tête à travers la filière qu'elle doit traverser, et telle est l'importance qu'on attache à la dépressibilité et au chevauchement facile des os, qu'on considère comme fâcheuses, dans quelques cas au moins, l'ossification trop avancée, l'étroitesse des sutures, la petitesse des fontanelles. On a été moins frappé des conséquences possibles d'une ossification en retard d'où résulte une grande ténuité des os, d'un excès de largeur des sutures et de la grandeur des fontanelles, d'où résulte un chevauchement trop considérable, et l'on passe en général légèrement sur les dangers d'une protection insuffisante du cerveau pendant le travail par des os encore trop minces ou trop écartés même au terme de la grossesse. Nous ne voulons pas dire que ces dispositions et ces effets aient été oubliés dans les traités d'obstétrique; ce serait nous exposer à un bien facile démenti. Nous-même n'avons-nous pas rapporté un exemple de fracture du crâne tout au moins favorisée par l'extrême ténuité des os? Mais ce n'est point sur des accidents de cette espèce, bien connus des praticiens, que M. A. Charrier a voulu appeler votre attention; c'est sur des conséquences moins prévues, non encore indiquées et cependant tout aussi graves.

La compression que la tête du fœtus subit en traversant le canal osseux et membraneux qui lui livre passage est à la fois produite par les os et par les parties molles, et si dans la plupart des cas elle semble n'avoir rien à redouter de celles-ci, elle peut, dans les conditions exceptionnelles d'ossification que nous avons signalées, n'être plus aussi bien préservée. Le segment inférieur de l'utérus, les muscles qui recouvrent la face interne du bassin, le plancher musculo-membraneux qui ferme le détroit inférieur, telles sont les parties molles dont l'action sur la tête peut exceptionnellement devenir fâcheuse. On remarquera que la compression qu'elles peuvent exercer, bien différente de celle des os, est active, ces couches et ces plans étant contractiles et se contractant quelquefois avec une grande énergie. Largement embrassée et comme coiffée par moments, la tête subit ainsi une pression qui se répartit, il est vrai, sur une surface étendue, mais qui par cela même ne permet pour ainsi dire à aucune partie de la substance cérébrale sous-jacente de se soustraire à ses effets, et produit une condensation générale de

la masse tout entière. A la vérité, cette pression, intermittente comme la cause qui la produit, et d'ailleurs généralement de courte durée à chacun de ses retours offensifs, ne paraît pas dé prime abord bien redoutable en l'absence de toute viciation du bassin, de toute anomalie dans la présentation fœtale, et semble même le devenir de moins en moins à mesure que la dilatation de l'orifice utérin et plus tard celle de l'orifice vulvaire permettent à la tête de s'engager, de s'allonger et d'échapper par un changement de forme aux dangers qui menaçaient son contenu quand elle était comprimée de toutes parts. Ces réflexions se sont tout d'abord présentées à notre esprit, et rappelant alors à notre souvenir les cas assez nombreux dans lesquels nous avions, soit à l'hôpital, soit en ville, constaté une flexibilité insolite des os du crâne ou une largeur excessive des fontanelles sans préjudice pour la santé ultérieure de l'enfant, nous avons dû, en attendant de nouveaux faits, considérer comme de rares exceptions les accidents signalés par M. Charrier. C'est au reste ce qu'avec une sage réserve il reconnaît lui-même, tout en insistant sur la seule interprétation applicable aux cas observés par lui.

Trois enfants nouveau-nés, dont la naissance avait été heureuse et facile, chez lesquels la vie extra-utérine s'était tout de suite bien établie et avait franchement et régulièrement continué pendant quelques jours, éprouvent tout à coup, sans cause appréciable, une série de symptômes qui décèlent un état cérébral de plus en plus grave. Leur cri était fort, il s'affaiblit et bientôt cesse de se faire entendre ; la succion était vive et facile, ils refusent le sein, acceptant à peine un peu de liquide à la cuiller, et bientôt n'avalent qu'avec peine. A des selles régulières succède la constipation ; la respiration pleine et libre se ralentit et s'embarrasse ; au milieu d'alternatives de pâleur et de rougeur du visage, de fréquence et de ralentissement du pouls, de chaleur et de refroidissement, la tête paraît s'embarrasser, le regard devient étrange, les membres semblent s'alourdir et ne se meuvent plus que lentement et avec peine ; à une somnolence plus ou moins prolongée succède un coma profond, quelquefois accompagné de légers mouvements convulsifs et bientôt suivi de la mort.

Et que trouve-t-on à l'autopsie ? Constamment une congestion cérébrale très vive et une suffusion sanguine au siége le plus ordinaire des apoplexies méningées chez l'enfant nouveau-né, à la base du cerveau, sur et sous la tente du cervelet.

Or quelle est la cause ordinaire de ces épanchements sanguins, ou plutôt dans quelles circonstances les observe-t-on ? N'est-ce pas chez

les enfants dont la tête, en traversant seule ou à l'aide du forceps un bassin trop étroit, a subi une compression excessive, portée ou non jusqu'à la dépression et à la fracture des os ? Mais dans les trois cas cités par M. Charrier le bassin était bien conformé, et l'accouchement n'avait été ni long, ni laborieux. Comment des altérations semblables à celles qui résultent d'une parturition difficile à travers un canal osseux rétréci ont-elles donc pu se produire ? Si la conformation des organes maternels, si les circonstances de l'accouchement ne peuvent rendre compte de ce résultat, ne pourrait-on pas l'expliquer par l'état de la voûte du crâne, dont les os étaient incomplétement ossifiés, excessivement minces, très dépressibles dans un cas, séparés par de très larges sutures et des fontanelles très grandes avec des diamètres d'ailleurs normaux dans les deux autres? Ces dispositions ont frappé M. Charrier, et en l'absence de toute autre explication possible, suivant lui, la cause des accidents n'a plus été douteuse. Ce que des parois et des angles osseux peuvent produire dans les conditions de conformation normale de la tête, pourquoi des parties molles plus ou moins résistantes, et qui de temps en temps deviennent plus fermes encore et presque dures par la contraction des plans musculeux qui entrent dans leur composition, ne le produiraient-elles pas sur une tête que certaines dispositions anatomiques rendent par trop compressible ?

Tout cela paraît fort admissible de prime abord, et pourtant, pour mieux décider cette question, quelques détails de plus n'auraient-ils pas été nécessaires ? Les observations de M. Charrier n'en donnent pas assez, suivant nous, sur la durée des diverses périodes du travail, en particulier sur la longueur du séjour de la tête dans l'excavation, puis sur la fréquence ou la rareté des contractions utérines, par conséquent sur la durée des intermittences pendant lesquelles tout effet fâcheux se trouve suspendu, en outre sur l'état du segment inférieur de l'utérus pendant la dilatation de l'orifice et sur celui du plancher du bassin pendant les efforts expulsifs, enfin sur la conformation plus ou moins modifiée de la tête immédiatement après la naissance. Nous ne signalons pas ces lacunes pour en faire un reproche à M. Charrier, qui, n'ayant point assisté à ces trois accouchements, n'a pu consigner des détails que les circonstances ne lui ont pas permis de constater, mais pour faire sentir la nécessité de les mentionner expressément dans les observations qui seront ultérieurement recueillies pour l'élucidation d'une question qui nous paraît encore obscure.

N'avons-nous pas déjà, dans nos courtes réflexions préliminaires, émis quelques doutes sur la véritable cause des accidents observés et

si bien décrits par M. Charrier? N'avons-nous pas fait voir comment, même dans les conditions exceptionnelles favorables à leur développement, la tête semble devoir le plus souvent échapper à cette influence fâcheuse? Et pourquoi d'ailleurs n'invoquer, pour rendre compte des symptômes et des altérations pathologiques, qu'une tardive et imparfaite ossification des os du crâne? Pourquoi ne pas faire entrer, par exemple, dans les éléments de l'explication recherchée, l'état du système vasculaire intra-crânien ?

Pourquoi n'existerait-il pas chez certains sujets une prédisposition aux congestions sanguines et à la facile rupture des vaisseaux, si bien que le plus petit effort, le plus faible tiraillement produirait ce qui dans les circonstances ordinaires ne serait pas à craindre, comme on voit pour des causes légères les enfants d'une même famille, organiquement prédisposés, être la proie des convulsions? Peut-être expliquerait-on mieux de cette façon la mort de tous les enfants qu'a mis au monde la mère du nouveau-né qui fait le sujet de la première observation de M. Charrier, et qui tous, comme celui qui les a suivis, ont succombé quelques jours après leur naissance avec des symptômes en apparence identiques. Une jeune femme de ma clientèle accouche deux fois à dix-huit mois de distance, la première fois après quatre heures, la seconde fois au bout de deux heures d'un travail simple et peu douloureux. Chez chacun de ces enfants un céphalœmatome se produit sur le pariétal droit. Ne peut-on pas se demander s'il n'existait pas chez ces deux sœurs une prédisposition du genre de celle que j'invoquais tout à l'heure? Ce qui a lieu en dehors du crâne n'aurait-il pas pu se produire à l'intérieur, et au lieu d'un céphalœmatome nous aurions eu deux fois de suite affaire à une apoplexie méningée? Mais je ne veux pas insister sur des considérations qui ne s'appuient, nous en convenons, que sur des présomptions ou des analogies. En l'absence d'une explication parfaitement satisfaisante, nous avons voulu seulement montrer que le point sur lequel M. Charrier a insisté n'est pas le seul à considérer; nous avons voulu appeler son attention sur d'autres causes possibles des accidents qui font le sujet de son intéressant travail, afin que dans ses recherches ultérieures il envisage la question sous toutes ses faces et achève d'élucider, à l'avantage de l'obstétrique et de la médecine légale, le point de pathologie infantile qu'il s'est proposé d'éclairer.

Son premier essai dans cette voie, messieurs, mérite tous nos encouragements, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Charrier pour son intéressante communication ;

2° D'insérer son mémoire dans les comptes rendus de la Société.

M. Laborie croit devoir faire remarquer que, selon lui, dans les cas cités par M. Charrier il ne s'agit point d'accidents de compression.

M. Danyau répond à M. Laborie que c'étaient là des accouchements très faciles.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Chassaignac montre une pièce d'ivoire servant de râtelier et qu'il a extraite de l'œsophage d'un malade. Cet homme, âgé de soixante-deux ans, était atteint depuis trois semaines d'une paralysie du facial, lorsqu'en mangeant sa soupe il crut avoir avalé un corps étranger. L'examen de la bouche fit découvrir qu'un râtelier fait en ivoire avait disparu ; l'on pouvait donc penser que c'était là le corps étranger qui s'était engagé dans l'œsophage. En explorant le pharynx avec la pince œsophagienne et le cou avec les mains, l'on ne découvrit rien ; l'instrument de Graefe introduit dans l'œsophage ne parvenait même à produire aucune résonance. Toutefois, ce crochet permit de soulever un peu le corps étranger, qu'une pince courbe saisit et ramena au dehors ; depuis cette époque les accidents ont cessé.

M. J. Cloquet rappelle à ce propos la disposition de la pince œsophagienne qu'il a présentée il y a quelques mois à la Société, et dont l'extrémité, sous forme de bouton olivaire lorsqu'elle est fermée, saisit les objets comme les deux mâchoires d'un serpent. Cette disposition empêche de blesser l'œsophage.

M. Deguise demande à M. Cloquet s'il a essayé son instrument sur le vivant, et il insiste sur les difficultés qu'on éprouve parfois à sonder l'œsophage. Un spasme de ce conduit empêche souvent ce cathétérisme. M. Deguise retrace alors l'histoire d'un aliéné chez lequel le cathétérisme de l'œsophage, d'abord impossible, ne put être effectué qu'après des frictions belladonées. L'asphyxie étant devenue imminente, M. Deguise pratiqua la trachéotomie; la mort survint le troisième jour, et à l'autopsie on trouva de la soupe dans les dernières ramifications bronchiques.

M. J. Cloquet dit qu'il n'a point encore eu l'occasion d'essayer son instrument sur le vivant. Ce sont les difficultés qu'on éprouve si souvent à saisir les corps étrangers à l'aide des pinces ordinaires qui l'ont conduit à inventer celles qu'il a proposées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 19 avril 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Boinet, à propos du cas de nystagmus communiqué dans la dernière séance par M. Larrey, revient en quelques mots sur la guérison de cette affection par les sections musculaires. Il rappelle que Dieffenbach prétendait avoir obtenu quelques succès en coupant les muscles droits, et, selon M. Philipps, il aurait réussi deux fois. Mais Dieffenbach assurait que plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus on voit la convulsion musculaire s'arrêter, et au bout d'un temps plus ou moins long la guérison arrive.

M. Gosselin. Si l'on guérit le nystagmus par la section des muscles, on le remplace par l'exophthalmie ou par le strabisme.

M. Lenoir ne pense pas qu'on doive craindre l'exophthalmie. D'ailleurs, dans l'opération sur les deux yeux, on aurait une exophthalmie double, et la difformité n'existerait plus. Mais il faut plutôt craindre l'insuccès de cette tentative opératoire. M. Lenoir rappelle alors le jugement qu'il a porté sur cette opération dans sa thèse intitulée *Des opérations qu'on pratique sur les muscles de l'œil.* Les faits qu'il avait recueillis quand il publia ce travail lui permirent d'avancer que la *myotomie appliquée au traitement du nystagmus simple n'a pas encore une valeur démontrée.*

M. le docteur Middeldorpf (de Breslau) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail sur l'emploi en chirurgie de la cautérisation par le galvanisme. (Renvoi à M. Broca, chargé du rapport.)

— M. Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur la ligature de la carotide primitive et sur la restauration des cicatrices vicieuses.

— MM. Comaille et Blondel (de Douera) adressent une lettre au sujet d'un rapport de M. Danyau. (Renvoi à ce dernier.)

— M. Bonjean, pharmacien à Chambéry, adresse un travail sur les modifications des propriétés irritantes du perchlorure de fer par son union avec l'ergotine.

« Je regrette, ajoute M. Marjolin à cette occasion, que M. Debout,

qui était chargé de vous rendre compte de ce travail, soit absent aujourd'hui pour un motif bien pénible. Notre collègue, qui avait déjà eu le malheur de perdre, il y a peu de temps, au siége de Zaatcha, un de ses frères, officier distingué, vient d'apprendre la mort de son plus jeune frère, capitaine d'artillerie, tué devant Sébastopol. La Société s'associera certainement à la douleur de notre collègue. »

— M. Robert expose les modifications qu'il a fait subir aux procédés de MM. Clémot (de Rochefort), Malgaigne et Mirault pour réparer l'encoche labiale dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Robert détache de chaque côté de la fente et de haut en bas un lambeau; il avive l'un d'eux par sa face cutanée, le réunit à l'autre, et répare ainsi cette perte de substance qui persiste si souvent après l'affrontement des deux bords avivés du bec-de-lièvre.

M. Robert présente en même temps un malade sur lequel on constate l'application de ce mode opératoire.

M. Guersant demande si un enfant opéré suivant ce procédé, et présenté il y a un an environ à la Société par M. Robert, avait été opéré en une ou plusieurs fois.

M. Robert répond que cet enfant avait été opéré en deux ou trois fois.

— M. Lenoir présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée en même temps que le testicule, et qui siégeait dans l'épaisseur du cordon, vers sa partie moyenne. Elle datait d'un an environ. Il restait quelque indécision sur sa nature. Pendant l'opération, on put voir que cette production nouvelle avait dissocié les éléments du cordon. Les veines et les nerfs étaient en avant, et le canal déférent en arrière.

M. Vidal fait remarquer que dans des tumeurs moins considérables il est assez souvent facile de conserver le testicule en l'énucléant, et il se demande s'il n'eût pas été possible d'opérer de la sorte dans ce cas.

M. Gerdy rapporte qu'il a pu enlever, en l'isolant du testicule, une tumeur analogue par son siége à celle de M. Lenoir, mais qui contenait une bouillie sanguine et de la cholestérine. Le malade guérit.

M. Lenoir reconnaissait l'importance de la conservation du testicule, mais il n'a point cru que la chose fût praticable dans ce cas.

M. Vidal assure qu'il n'est point entré dans sa pensée de blâmer M. Lenoir de n'avoir point conservé le testicule; mais il croit qu'au seul point de vue de la gravité de l'opération il faut tenir compte de cette circonstance.

— M. Robert. La Société s'est à diverses époques occupée des hématocèles rétro-utérines, et dans ces derniers temps cette question vient

d'être le sujet de nouvelles recherches. On a attribué ces tumeurs à de petites hémorrhagies ovariques qui coïncideraient avec les phénomènes menstruels. M. Robert a eu l'occasion d'examiner une pièce relative à ces collections sanguines, et il vient en communiquer les détails à la Société.

Une femme éprouva, il y a un mois environ, une vive douleur dans l'aine droite; il s'y manifesta une tumeur qui occupa au bout de quelque temps le tiers de la fosse iliaque. Cette tumeur était fluctuante. M. Robert y plongea un trocart, et n'en put faire sortir que quelques morceaux de fibrine. On essaya d'arrêter le mouvement hémorrhagique à l'aide de la glace et d'une saignée; mais la tumeur ne cessa pas de s'accroître, et la malade a fini par succomber. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur sanguine entre le péritoine et le *fascia iliaca.* Elle avait le volume d'une tête d'adulte et s'étendait jusqu'à l'ovaire. Mais on n'a pu constater aucune altération ni dans l'ovaire, ni dans les artères, ni dans la veine iliaque. Quant au plexus pampiniforme, on n'a pu y rien découvrir, car il était entièrement affaissé. Il resterait cependant à rechercher si quelque altération du plexus pampiniforme ne rendrait pas compte de ces vastes collections sanguines.

M. Verneuil. On a eu tort de vouloir donner une cause unique à ces hématocèles, et c'est en scrutant trop profondément les observations qu'on a pu toujours rattacher cette maladie à l'ovulation spontanée. Il y a des pièces qui contredisent cette dernière origine. Sur l'une d'elles, examinée par M. Verneuil, le point de départ était sous le péritoine. On avait attribué l'épanchement sanguin à l'ovulation spontanée, mais M. Verneuil s'est assuré que les ovaires étaient sains.

M. Laborie, sans nier que ces hématocèles ne puissent être en rapport avec quelque rupture de varice, fait remarquer qu'on voit ces collections augmenter à l'époque menstruelle.

M. Michon. L'origine de ces tumeurs est une question très obscure. On n'a pas encore démontré que ces collections aient lieu dans le péritoine. Récamier pensait que ces épanchements ne se faisaient point dans la séreuse abdominale. M. Michon cite un fait d'hématocèle rétro-utérine emprunté à son service; il existait une tumeur volumineuse et bien limitée. Il se demande comment une fausse membrane pourrait arrêter une aussi vaste tumeur. D'ailleurs, s'il existe un obstacle à la menstruation, les vaisseaux utérins peuvent bien exhaler du sang dans le péritoine. M. Hervez, au dire de M. Michon, aurait dans un cas prévenu des accidents analogues en plaçant dans le col utérin des sondes qui permettaient l'écoulement sanguin des règles. Il y a au

moins trois sources pour ces hématocèles, et les dissections n'ont encore rien prouvé sur leur origine.

M. Robert. La marche de certaines hématocèles prouve que ces épanchements n'ont point lieu dans le péritoine. Tel est le fait suivant :

Une femme était atteinte d'un de ces épanchements sanguins. M. Robert plonge un trocart courbe dans la tumeur, et retire 700 grammes de liquide. L'instrument resté en place, on extrait de nouveau le soir même 300 grammes de liquide, et le lendemain 300 grammes encore.

Comment une telle quantité de sang pourrait-elle provenir de la vésicule de de Graaf?

M. Denonvilliers rappelle qu'il a présenté à la Société un fait dont on ne tient pas suffisamment compte. Dans ce cas l'hémorrhagie, quoique considérable, provenait bien des ovaires, qui tous deux présentaient quelques ruptures. La tumeur avait eu la marche des tumeurs rétro-péritonéales; elle faisait si bien saillie dans le vagin, qu'elle s'est ouverte *de ce côté.*

— A cinq heures, la Société se réunit en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 25 avril 1855.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Richard présente un enfant auquel il a ouvert un kyste dermoïde de la partie supérieure de l'orbite qui repoussait l'œil en avant et en bas. L'incision de cette tumeur a donné issue à une matière tout à fait analogue à la matière mélicérique, mais sans poils, et le doigt porté dans la plaie s'est assuré que le plancher osseux de la paroi supérieure de l'orbite avait disparu et qu'on pouvait sentir le cerveau. Une mèche a été maintenue dans l'ouverture, à travers laquelle on injecta dans la cavité du kyste de la teinture d'iode. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a subi une très grande diminution. M. Richard rapproche ce fait de ceux qu'a rassemblés M. Lebert dans son mémoire sur l'hétérotopie plastique.

M. Richet demande si l'on pouvait à l'aide du doigt porté dans la cavité sentir les battements du cerveau.

M. Richard. On ne sentait point de battements, mais bien la mollesse habituelle du cerveau recouvert de la dure-mère.

M. Giraldès demande qu'on modifie le titre de ce fait qualifié par M. Richard de *kyste dermoïde*. Dans les kystes dermoïdes, il y a des poils; or on n'en a point trouvé dans ce cas. Il y a, d'ailleurs, dans cette région des organes qui peuvent se développer et donner lieu à des tumeurs analogues à celle-ci.

M. Guersant demande s'il y avait bien là de la substance méliçérique. Ne s'agirait-il pas plutôt de matière tuberculeuse ramollie ?

M. Richard répond qu'il ne tient pas au mot *kyste dermoïde*, mais il rappelle avoir trouvé avec M. Robin des cellules épithéliales comme élément fondamental de cette collection morbide.

M. Verneuil pense aussi qu'il faut être très réservé sur le nom à appliquer à cette tumeur, car le caractère des kystes dermoïdes c'est de contenir du derme. Ces kystes de la région orbitaire ont en général un siége assez distinct à la partie interne ou à la partie externe de l'orbite. Ils se distinguent des tumeurs hétérotopiques du scrotum et d'autres parties en ce qu'ils ne renferment que des poils, de la graisse, de l'épithélium et jamais de dents. M. Verneuil se demande si ces kystes n'auraient point pour origine une anomalie dans le développement de la face. Les deux fissures, qui chez l'embryon partent de la région externe de l'orbite, ne pourraient-elles pas amener une occlusion prématurée d'une portion des téguments qui sécréteraient ainsi dans un kyste les produits habituels de la peau ?

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A l'occasion du procès-verbal, M. Danyau, après avoir pris connaissance de la lettre de MM. Commaille et Blondel et des nouveaux détails dans lesquels ils sont entrés, reconnaît que la version a été faite avec un seul pied et que le chloroforme a facilité une opération qui n'avait pu être terminée avant l'emploi de ce moyen.

— M. Larrey rend compte à la Société de ce qu'il a tenté pour améliorer l'état du malade atteint de nystagmus et présenté par lui. Il a appliqué les louchettes, et par leur aide le malade s'est trouvé très soulagé; il a moins de fatigue et voit mieux les objets.

— M. Denonvilliers demande à rétablir quelques détails d'un fait auquel M. Verneuil, dans la dernière discussion sur les hématocèles rétro-utérines, a fait allusion. Il s'agit d'une observation de M. Laugier. M. Verneuil avait prétendu que les ovaires étaient sains. Voici comment M. Laugier décrit lui-même l'état de ces organes : « Dans une autre pièce présentée il y a quelques semaines à la Société anatomique,

la question de l'origine de l'hématocèle avait été omise. Dans un examen superficiel on avait cru d'abord les ovaires sains ; mais un examen mieux fait, sur mes instances, prouva à M. Boulard que l'ovaire gauche, déformé, globuleux et réduit au volume d'une noisette, faisait partie de la paroi du kyste sanguin et s'ouvrait dans sa cavité. Son tissu était friable, de couleur jaune rougeâtre, et tout à fait semblable aux débris fibrineux contenus dans le kyste de l'hématocèle. »

M. Verneuil répond qu'il a examiné la pièce en question le jour même de l'autopsie ; M. Boulard n'a pu en faire la dissection qu'au bout de huit à dix jours. Il y a peut-être dans cette circonstance la cause de divergences dans l'appréciation du fait. La tumeur principale était dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et les ovaires ont paru sains à M. Verneuil. Quoi qu'il en soit, c'est là, selon lui, un fait douteux et dont on ne peut se servir ni dans un sens, ni dans l'autre.

M. Chassaignac signale l'erreur de diagnostic qu'on peut facilement commettre en confondant ces hématocèles avec une grossesse extra-utérine. Il cite un fait à l'appui de son opinion. Une femme entra à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur dans la fosse iliaque. On crut à un abcès; mais la ponction ne révéla que du sang pur. La mort survint, et l'on trouva une grossesse extra-utérine.

M. Marjolin. Je ne crois pas qu'il faille rapporter toutes les hémorrhagies désignées dans ces derniers temps sous le nom d'hématocèles rétro-utérines à la ponte de l'ovule, ce serait être trop exclusif. Je pense, comme l'ont fait justement observer MM. Robert et Michon, que ces épanchements peuvent dépendre de plusieurs causes, ce qui pourrait ainsi expliquer la différence de leur siége jusqu'à ce jour encore douteux. Mais, d'un autre côté, vouloir nier que la menstruation n'ait pas, dans la majorité des cas, une influence manifeste sur ces épanchements, ce serait aussi aller trop loin. Pour ma part, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, et d'après l'ensemble des symptômes, j'ai toujours pensé qu'il s'agissait d'une sorte d'apoplexie ovarique. Un signe sur lequel j'insisterai, c'est la congestion utérine et la métrorrhagie qui existaient chez ces malades, entrées à l'hôpital pour une perte. Chez une d'entre elles, que j'ai fait voir à M. le professeur Chomel et à M. Danyau, la tumeur était tellement volumineuse qu'elle dépassait l'ombilic de plusieurs travers de doigt. Chez cette malade, à chaque époque menstruelle, on voyait l'épanchement augmenter sensiblement et la fluctuation devenir plus manifeste. En palpant la tumeur, on éprouvait une sensation analogue à celle d'un sac anévrismal distendu par des caillots résistants et une certaine quantité de sang fluide.

J'ajouterai que je me suis toujours bien trouvé d'assimiler pour le traitement ces hémorrhagies périodiques à de véritables épanchements sanguins traumatiques. De plus, dès que l'époque menstruelle était sur le point d'arriver, une saignée était pratiquée; c'est ainsi que je suis parvenu à prévenir et à diminuer ces accidents, et à faire disparaître d'énormes tumeurs sanguines sans recourir à aucune opération.

RAPPORT.

M. Danyau lit un rapport sur les deux observations suivantes communiquées à la Société par M. le docteur Depaul:

Obs. I. **Oblitération de 5 ou 6 centimètres de l'intestin grêle. — Cœcum entièrement séparé de l'intestin grêle et ne communiquant pas avec lui. — Création d'un anus artificiel. — Mort. — Autopsie.** — La nommée Paillot, journalière, âgée de quarante ans, d'une bonne constitution, ayant déjà eu huit enfants à terme et tous bien portants, entre à la Clinique d'accouchements de la Faculté, service dont je suis temporairement chargé, le 28 septembre 1854, à neuf heures et demie, pour accoucher de son neuvième enfant. L'accouchement fut naturel, ainsi que la délivrance. Cet enfant est une fille bien développée, à terme, pesant 3,000 grammes.

Longueur totale		$0^m,49$
—	du sommet à l'ombilic	$0^m,26$
—	de l'ombilic au talon	$0,^m23$
Diamètre occipito-frontal		$0^m,11$
—	mentonnier	$0^m,13$
—	bi-pariétal	$0^m,09$
—	sous-occipito-bregmatique.	$0,^m09$

La naissance eut lieu le 29 septembre 1854, à une heure du matin.

La mère ayant eu des suites de couches très ordinaires et s'étant parfaitement rétablie, il n'en sera plus question dans le courant de cette observation, qui sera entièrement consacrée à l'enfant.

Depuis le moment de sa naissance jusqu'au 30 septembre à huit heures et demie du matin, l'enfant n'a pas encore été à la garde-robe; elle a bien teté jusqu'à présent, mais la nuit dernière elle a beaucoup crié; et quand on nous la montre, à neuf heures, le 30, au moment de la visite, voici dans quel état nous la trouvons:

Ventre ballonné, ayant au-dessus de l'ombilic $0^m,36$ de tour, rendant un son clair à la percussion; cris exprimant la souffrance, quelques vomissements de matières verdâtres. Ma première idée fut natu-

rellement d'examiner l'anus ; il est trouvé normal, complétement ouvert. Une sonde de femme pénètre dans une étendue de 0m,05, et ne peut pas parvenir plus haut. Rien ne sort par l'orifice anal, ni matières fécales ni gaz. Le doigt auriculaire introduit va jusqu'au delà de l'angle sacro-vertébral, qu'on sent très facilement. On ne trouve pas au niveau de l'endroit où il s'arrête de tumeur molle et comme fluctuancte, ainsi qu'il arrive quelquefois, lorsque l'obstacle est membraneux et se trouve situé vers cette région. L'irritation causée par l'introduction de ces corps étrangers, et surtout du doigt, fait naître des contractions, des efforts de défécation sous l'influence desquels l'enfant rend par l'anus un bouchon de mucus blanchâtre, nullement coloré par la bile. La quantité ainsi expulsée équivaut à peu près à ce que pourrait contenir un grand dé à coudre. L'eau d'un lavement poussée dans le rectum revient au fur et à mesure qu'elle est introduite. Il n'y a donc plus de doute sur l'existence d'un obstacle au cours des matières fécales, mais à quel niveau, c'est ce qu'il est impossible de dire d'une manière positive. Tout ce dont on était sûr, c'est que cet obstacle existait sur un point assez éloigné de l'anus.

Immédiatement, on donne par la bouche une demi-cuillerée de sirop de chicorée. A deux heures de l'après-midi, le même jour, l'examen se renouvelle; mêmes résultats. Depuis ma première visite, l'état général n'a pas sensiblement empiré, quoiqu'il n'y ait eu aucune garde-robe et que l'enfant ait vomi de nouveau et en plus grande quantité des matières verdâtres. Je prescris des bains et des cataplasmes, et je renvoie au lendemain l'opération que je me proposais de faire.

Le 1er octobre, à neuf heures, les vomissements ont continué depuis hier ; l'enfant n'a plus voulu teter ; le ventre semble un peu moins tendu.

Avant de décrire le procédé opératoire auquel je crus devoir donner la préférence, j'ai besoin de faire connaître les raisons particulières qui dictèrent mon choix.

Tous les chirurgiens savent que si les difficultés sont grandes, même dans certains cas où l'obstacle existe près de l'extrémité inférieure du rectum, elles le sont bien plus encore lorsque cette portion de l'intestin est libre dans toute son étendue. En admettant qu'aucun doute ne puisse plus persister sur l'existence d'une oblitération (et c'était mon cas), quel en est le siége précis ? Question toujours embarrassante, mais d'une importance capitale, puisque le succès de l'opération en dépend.

Pour mon compte, si je m'en étais tenu aux résultats fournis par mon

exploration avec la sonde et le doigt, j'aurais pu être conduit à supposer que l'obstacle se trouvait vers la partie inférieure du gros intestin. Le peu de profondeur à laquelle pénétrait l'eau des lavements, aussi bien que la petite quantité de matière grisâtre dont il a été question et qui était sortie par l'anus, était de nature à me faire adopter cette opinion.

Mais, d'un autre côté, j'avais été frappé de ce que le ballonnement du ventre n'était pas aussi considérable qu'il l'est en général lorsque l'oblitération est près de l'anus, et cette circonstance me porta à rechercher par la percussion si je pouvais constater sur les côtés de la colonne vertébrale la présence d'un tube plein de matières et rendant par conséquent un son mat.

L'enfant fut placée sur le ventre et examinée avec soin sous ce rapport. Mais le résultat fut complétement négatif; la sonorité était la même partout. Dès ce moment, je n'hésitai plus. Le procédé de Callisen, avec ou sans la modification de M. Amussat, ne me parut pas applicable, et je me décidai pour le procédé de Littre, avec lequel on est toujours à peu près sûr d'attaquer un point de l'intestin qui permette l'écoulement des matières. Voici comment l'opération fut pratiquée : une incision d'environ 4 centimètres fut faite sur la partie latérale gauche de l'abdomen, partant du milieu de l'espace compris entre les fausses côtes et l'épine iliaque antéro-supérieure, aboutissant vers le tiers externe du pli de l'aine. J'arrivai couche par couche jusqu'au péritoine; qui fut trouvé *doublé d'une couche assez épaisse de graisse*, dont plusieurs petites masses vinrent faire hernie et qu'un instant je pus prendre pour une portion d'épiploon.

Dans le cours de la section des différents plans de la paroi abdominale, je fus obligé de tordre une artère et d'en lier trois; l'épigastrique, accompagnée de deux veines satellites, fut nettement aperçue dans l'angle inférieur de la plaie, et je la ménageai avec soin. Enfin, le péritoine fut incisé en dédolant, après l'avoir soulevé au moyen d'un ténaculum; immédiatement écoulement d'une petite quantité de sérosité citrine et sortie brusque de plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, distendues par quelques matières fécales verdâtres et surtout par des gaz. L'incision agrandie suffisamment, je cherchai à réduire les intestins, mais je ne pus y parvenir facilement qu'après avoir fait une incision à l'une des anses de manière à permettre la sortie des gaz. Afin de ne pas m'exposer à voir rentrer dans le ventre la portion ouverte, j'avais eu soin de passer dans le mésentère un fil destiné à maintenir l'intestin au dehors.

Une fois l'incision intestinale faite, il sortit une assez notable quantité de liquide vert foncé accompagné de gaz, mais pas du tout de méconium solide ou demi-solide. Le liquide qui s'écoule ressemble à du méconium délayé dans de la sérosité. Les anses intestinales vidées furent alors assez facilement réduites.

Le pansement consista à fixer l'anse ouverte à là plaie extérieure à l'aide de deux points de suture entrecoupée. Deux autres points de suture entortillée servirent à rapprocher les bords des angles supérieur et inférieur de la plaie abdominale; afin d'éviter la sortie des intestins, un linge largement troué et cératé fut appliqué sur la plaie. Par-dessus on plaça de la charpie, et le tout fut maintenu avec un petit bandage modérément serré.

Toute la journée se passa sans que l'enfant voulût teter; il cria beaucoup dans la nuit du 1er au 2; le 2 au matin, il commença seulement à prendre le sein.

Premier pansement dans la journée du 1er octobre. — Il s'est écoulé des matières verdâtres.

Deuxième pansement le 2 octobre à neuf heures du matin. — Les matières contenues dans les pièces de pansement sont d'une couleur jaune verdâtre, très différentes de celles rendues au moment de l'opération. La plaie est en bon état; l'enfant semble un peu amaigrie; le ventre est notablement moins développé; il a recouvré sa souplesse normale. — Même pansement. Etat satisfaisant.

Dans la journée elle teta une dernière fois vers deux heures; mais une demi-heure après elle succomba assez brusquement, sans qu'on ait pu me donner des détails sur la manière dont elle avait fini.

Autopsie quarante heures après la mort.

Abdomen. — Aucun épanchement n'existe dans l'abdomen; il n'y a pas le moindre vestige de sang ou de matière fécale. La soudure de l'anse intestinale, au pourtour de la plaie péritonéale, est complète. La cavité du ventre est entièrement isolée et ne communique plus avec l'extérieur. Les adhérences sont celluleuses et offrent déjà une certaine résistance. Aucune rougeur, aucune injection inflammatoire ne se trouve sur le péritoine, dans le voisinage de la plaie, ni ailleurs.

Tube digestif. — L'estomac, modérément distendu, contient une petite quantité (une cuillerée environ) d'un liquide pulpeux d'une couleur jaunâtre. Une insufflation pratiquée par l'œsophage distend l'estomac et une partie assez considérable de l'intestin grêle, et bientôt l'air se perd par l'anus artificiel, preuve qu'il a été fait au-dessus du rétrécis-

sement ; je reviendrai d'ailleurs bientôt sur le siége précis de cet anus artificiel.

Le gros intestin existe dans toute son étendue naturelle, mais avec un volume infiniment plus petit ; c'est ainsi qu'il égale à peine en grosseur les dimensions d'une plume à écrire. Il présente de toutes petites bosselures très rapprochées les unes des autres, qui lui donnent l'apparence d'un petit cordon moniliforme. Son diamètre est d'ailleurs à peu près le même dans toute son étendue. Il commence dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite par un petit cul-de-sac d'où se détache l'appendice vermiculaire avec sa forme et sa longueur ordinaires. Il monte à peu près verticalement, devient transversal au niveau de l'estomac, descend ensuite à gauche, pour décrire au niveau de la fosse iliaque de ce côté une *S* italique très prononcée, et se termine par un rectum qui, ainsi que cela a déjà été dit, s'ouvre à l'extérieur par un anus tout à fait normal. On cherche vainement le point de jonction de l'intestin grêle avec le gros intestin. Ces deux portions du tube digestif sont entièrement isolées et sans aucune communication ; un filament celluleux long de 3 à 4 centimètres, et qui se porte un peu en bas et en avant, est le seul lien qui semble les unir. Au-dessous d'une anse intestinale située dans le voisinage de la fosse iliaque droite, et dont les bords sont unis par des adhérences celluleuses et anciennes, existe un autre cul-de-sac plus volumineux que le précédent, contenant très peu de matières verdâtres : c'est la fin de l'intestin grêle. Ce cul-de-sac se continue sous la forme d'un canal du volume du petit doigt, et se recourbe bientôt en anse. Mais après un trajet de 8 à 10 centimètres il se rétrécit brusquement, de manière à devenir encore plus petit que le gros intestin, et cesse d'une manière absolue d'être perméable dans l'étendue de 6 centimètres environ. Sur cette portion complétement oblitérée existent deux petits renflements solides, un peu jaunâtres à l'extérieur et du volume d'un gros pois. Du milieu de son étendue environ part une bride aplatie de 5 à 6 millimètres de large et de 2 centimètres de long, qui est solidement fixée par son autre extrémité à la paroi antérieure de l'abdomen, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic.

L'anse intestinale qui avait été ouverte pendant l'opération se trouve assez rapprochée du point où finit cette oblitération : quelques centimètres seulement l'en séparent. L'incision se trouve ainsi pratiquée sur le lieu le plus favorable, puisque d'une part elle a été faite au-dessus des deux obstacles, et que de l'autre elle a laissé au-dessus d'elle toute la portion du tube digestif qui pouvait encore être utile.

Tous les autres organes ont été examinés, et n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé.

— Le fait suivant, qui offre une certaine analogie avec le mien, m'a paru digne d'être mis sous les yeux de la Société de chirurgie.

Occlusion intestinale complète produite par une cloison située au niveau de l'union du cœcum avec le côlon. — Anus artificiel établi au niveau de la fosse iliaque gauche. — Mort. — Autopsie.

Au commencement de l'année 1854, un enfant naquit à la Clinique d'accouchements, qui d'abord ne présenta rien de particulier. Sa mère, saine et bien portante, était accouchée à terme. Cependant deux jours après on s'inquiéta de ce que du méconium n'avait pas été rendu. Des lavements et des purgatifs furent administrés sans résultat.

Le sixième ou le septième jour les choses n'ayant pas changé, et l'état général s'aggravant, cet enfant fut confié aux soins de M. le professeur Nélaton. Cet habile chirurgien constata que le ventre était tendu et ballonné. L'anus était bien conformé, et le petit doigt put être profondément introduit dans le rectum, de manière à venir faire saillie au-dessus du pubis. Cependant on ne pouvait aller plus loin ; on croyait sentir une résistance, un obstacle, comme si on eût été dans un cul-de-sac. L'enfant criait, se livrait à des efforts, mais le doigt ne sentait rien se tendre au-dessus de lui. On essaya alors d'introduire une sonde de femme, puis une sonde en gomme élastique; mais on ne pénétra pas plus loin qu'avec le doigt, et on resta dans l'incertitude sur le siége de l'obstacle.

On se décida à attendre encore. Cependant, douze jours après la naissance de cet enfant aucune évacuation n'ayant eu lieu par l'anus, et l'état général devenant de plus en plus grave, M. Nélaton se décida à pratiquer un anus artificiel.

Une incision fut faite au côté gauche et inférieur de l'abdomen, et la première anse intestinale tuméfiée qui se présenta fut attachée aux parois du ventre et ouverte; c'était une portion d'intestin grêle. Des gaz et des matières fécales s'échappèrent en abondance par les deux bouts.

L'enfant succomba quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on constata les traces d'une péritonite (fausses membranes, injection, etc.). Tous les organes avaient une conformation normale, à l'exception du cœcum. A son union avec le côlon ascendant

existait une cloison transversale complète, qui, tendue par les gaz, faisait une saillie du côté du côlon. La valvule iléo-cœcale n'existait pas.

MM. Robin et Lorrain ont examiné avec soin la structure de cette cloison, et se sont assurés qu'elle n'était composée que de deux muqueuses accolées, offrant tous les éléments caractéristiques de la muqueuse intestinale. Partout ailleurs le gros intestin était vide, mais bien conformé.

OBS. II. **Anévrisme spontané de l'artère poplitée gauche, guéri en cinq jours par la compression indirecte alternante.** — Le 24 juillet 1854, le nommé Brun (Jean-Pierre), âgé de trente-quatre ans, employé dans un bureau, entré à l'hôpital Necker, fut reçu dans le service dont j'étais provisoirement chargé.

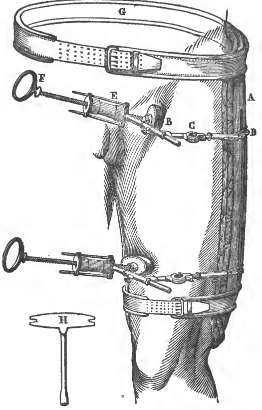
Ce malade est doué d'une bonne constitution, de tempérament lymphatique; il jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a eu d'autres maladies qu'une pneumonie, un eczéma des deux jambes et une blennorrhagie accompagnée de bubons. Tout cela remonte à plusieurs années. Il a habité les colonies pendant sept ans, et en est revenu en 1840. Depuis cette époque il a toujours été occupé dans un bureau et ne s'est jamais livré à des exercices pénibles. Il faisait peu d'exercice, et ne sortait guère de chez lui que pour se rendre à son travail, dans un lieu situé près de sa demeure. Il n'a jamais reçu de coup sur le jarret, n'a jamais fait de chutes; aussi ne peut-il indiquer d'une manière certaine la cause de sa maladie. Toutefois, il tend à la rapporter à quelques efforts qu'il fit un mois environ avant son entrée à l'hôpital, dans les circonstances suivantes : il était assis, le membre abdominal gauche étendu, lorsqu'une femme qu'il tenait assise sur ce membre fit un mouvement violent; il sentit alors une sorte de tiraillement pénible dans le creux poplité, mais sans douleur vive et sans être obligé de changer promptement de position. Cinq ou six jours après, il éprouva dans cette région une démangeaison, un léger endolorissement qui le portait à gratter fréquemment sur ce point, et il crut qu'il allait y survenir une adénite, d'après ce qu'il avait éprouvé quelque temps avant dans l'aisselle droite, où il avait eu un engorgement ganglionnaire. Bientôt le mal s'aggrava; quinze jours plus tard le malade ne pouvait plus rester assis si la jambe ne reposait sur une chaise, et il découvrit alors dans le creux poplité une petite tumeur du volume d'une noisette; puis survinrent des fourmillements dans le pied, des crampes qui se propageaient du gros orteil au jarret. Ce dernier point devint le siége d'une

douleur permanente ; la claudication apparut et augmenta chaque jour. Enfin le 24 juillet, en se levant, Brun ne put mettre le pied à terre ni étendre complétement la jambe sans éprouver de vives souffrances.

A son entrée à l'hôpital, il me fut facile de constater que le creux poplité du côté gauche était moins déprimé que du côté sain ; il représentait, dans une extension incomplète, plutôt une surface un peu saillante qu'une dépression ; les muscles qui le circonscrivent n'étaient ni déformés, ni déjetés en dedans ou en dehors. Au centre de cette région et dans sa partie inférieure existait une tumeur assez régulièrement arrondie, non bosselée, rénitente, du volume d'un petit œuf de poule, et qui est le siége de battements avec expansion, assez forts pour soulever la main, et isochrones aux battements du pouls. Sur cette tumeur, pas de frémissements, pas de susurrus, mais bruit de souffle intermittent très rude. Les battements et la tumeur disparaissaient par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine. Nous n'avons pas pu nous assurer si la compression directe produisait le même résultat à une des douleurs ressenties par le malade dans le creux poplité. En effet, cette région, où la peau n'était ni rouge ni œdémateuse, était le siége de douleurs très vives, rendues intolérables par la moindre pression, par l'extension du membre et tout mouvement étendu. Elles firent craindre à M. Lenoir, qui ne vit le malade qu'au moment de son entrée, la formation d'un abcès autour de l'anévrisme. Très fréquemment le malade éprouvait dans le pied des fourmillements et même des élancements, surtout perçus au niveau du talon et le long du tendon d'Achille. La jambe était un peu fléchie sur la cuisse, comme dans le cas d'hydarthrose avec épanchement considérable ; elle présentait des veines devenues variqueuses depuis une quinzaine de jours ; la peau y était plus rouge, plus congestionnée qu'à droite, et l'extrémité inférieure du membre était le siége d'un léger œdème. Enfin, je dois noter la présence dans le pli de l'aine de chaque côté de cicatrices de bubons anciens et de petits ganglions lymphatiques engorgés. Avant de songer à aucun moyen de guérison, il était nécessaire de chercher à calmer cette douleur assez vive qui existait dans la région poplitée, et pour cela je prescrivis des cataplasmes sur la tumeur, des bains tous les deux jours, le repos au lit et peu de nourriture.

Sous l'influence de ces moyens, la douleur au niveau de l'anévrisme diminua très notablement, pour reparaître de manière à produire l'insomnie pendant les deux nuits qui précèdent l'application du traitement curatif. Toutefois, durant les quelques jours pendant lesquels on

a tenté de diminuer les douleurs, l'examen de la tumeur fut renouvelé un certain nombre de fois par moi et quelques autres chirurgiens que je priai d'examiner mon malade. Enfin, il fallait prendre un parti et le 1er août, assisté de mon collègue M. Broca, j'appliquai un appareil de compression spéciale, qui avait été exécuté par M. Charrière fils, dont l'obligeance et l'habileté rivalisent déjà avec celles de son père. (*V.* la fig. ci-contre) Il est composé de deux compresseurs fixés sur une gouttière et placés l'un au niveau du pli de l'aine, l'autre vers la partie inférieure de l'artère crurale. La première compression fut faite à neuf heures du matin, au moyen de la pelote supérieure, et de manière que les battements de la tumeur ne fussent pas plus forts que ceux de la crurale saine, et que ceux de la pédieuse devinssent à peine sensibles, tandis que la pédieuse droite battait à peine comme la radiale.



Il fallut alterner huit fois le point où portait la compression pendant les premières vingt-quatre heures; chaque fois, avant de desserrer la vis qui comprimait, on avait soin de comprimer avec l'autre pelote. Le temps le plus long pendant lequel le malade supporta la même compression fut de 3 heures 45 minutes, le plus court de 45 minutes. Les deux pelo-

tes avaient une forme ellipsoïde ; la supérieure a son grand diamètre parallèle à l'axe de l'artère, l'inférieure est appliquée transversalement. La première appuie sur la cicatrice ancienne ; aussi est-elle plus douloureuse, moins longtemps supportable que la seconde. Le malade serra lui-même son appareil pendant la nuit, et comme il ne put porter la main dans le creux poplité, il comprima jusqu'à ce qu'il sentit à peine les battements de la tumeur. Il fut averti de la nécessité de changer le point comprimé par une douleur gravative, bientôt cuisante, au niveau de l'endroit où portait la compression, et ordinairement accompagnée d'engourdissements et de douleurs vers le tendon d'Achille.

Le 2 août, pendant la nuit, Brun a dormi deux heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois jours. L'immobilité le fatigue, la compression lui paraît pénible ; toutefois il est moins inquiet, plus confiant et plus disposé que la veille à faire pour guérir tout ce qui dépend de lui. Il est à remarquer que la tumeur est bien moins douloureuse ; il n'existe plus de douleurs spontanées, et elles ne reviennent que sous l'influence de la pression. L'œdème du pied et de la jambe a presque entièrement disparu. La peau n'est plus congestionnée ; les varices de la jambe n'ont pas augmenté de volume, quoique la saphène interne soit très distendue lorsque la compression est faite au pli de l'aine. — Saignée de 250 grammes ; julep gommeux avec 15 gouttes de teinture de digitale ; deux pilules d'extrait d'opium de 0,025 chaque ; deux portions.

Le 3, la compression a été changée neuf fois depuis la visite précédente ; le malade a dormi plus de deux heures pendant la nuit. Il est très rassuré et se réjouit de ce que son traitement ne soit pas plus pénible. Il a très bien remarqué que les battements reviennent plus forts quelques minutes après l'application de la compression ; sur mon indication, il serre alors un peu plus la vis, et la pression devient suffisante. Il continue à supporter plus facilement la pression inférieure que l'autre, quoiqu'elle fasse naître un peu de douleur le long du trajet du nerf saphène. — Même prescription, même régime, moins la saignée.

Le 4, le malade a très bien dormi pendant quatre heures ; il a même pu pendant son sommeil se coucher sur le côté droit : l'appareil a suivi les mouvements du bassin et est resté en place. L'état général est très satisfaisant. On enlève quelque temps l'appareil pour faire le lit du malade et changer les courroies. Avant de rétablir la compression, il me semble très évident que les battements de la tumeur ont beaucoup perdu de leur force, que l'anévrisme est plus dur et que la palpation n'est plus douloureuse. Sur l'indication de M. Broca, je com-

prime un peu plus fortement que je ne l'avais fait jusqu'ici et de façon à faire disparaître les battements aussi complétement que possible. Le malade pendant la journée renouvelle la compression lui-même, en prenant soin qu'elle soit toujours complète ; et pour s'assurer qu'il n'y a pas de battements dans le creux poplité, il y porte l'extrémité du pied droit, de façon que le gros orteil lui sert de doigt explorateur. — Teinture de digitale ; opium.

Le 5, la journée d'hier s'est bien passée ; la nuit a été calme, quoique sans sommeil. La compression complète est maintenue depuis vingt-quatre heures et continuée aujourd'hui, quoiqu'elle ait amené un certain gonflement de la jambe et des veines variqueuses ; le mollet a un centimètre et demi de circonférence de plus que le droit. L'anévrisme est moins volumineux, ne comble plus le creux poplité ; celui-ci commence à se reformer, et il faut enfoncer les doigts dans la dépression qu'il présente pour sentir une tumeur dure, dépourvue de battements expansifs et offrant seulement, en l'absence de toute compression, des battements semblables pour la force à ceux de l'artère radiale. — Teinture de digitale ; deux pilules d'opium.

Le 6, la compression complète a été maintenue hier jusqu'à minuit ; mais alors le malade, ne pouvant plus sentir de soulèvement dans le jarret, s'est décidé à enlever l'appareil afin de dormir toute la nuit, ce qu'il a pu faire. A la visite, je constate que le doigt placé sur l'anévrisme n'est plus du tout soulevé. Il n'y a plus de battements ; à peine dans certains moments, et sur un point borné de la tumeur, peut-on sentir un très petit battement qui pourrait bien se passer dans le doigt qui explore. L'auscultation ne révèle la résonance d'aucun bruit ; la pédieuse ne présente pas de battements sensibles, tandis que celle du côté opposé bat assez fortement ; les pulsations des deux crurales sont égales à leur partie supérieure. Quoique la guérison soit obtenue, je soumets encore pendant quelques jours le malade à une compression légère.

Le 9 août, l'appareil est définitivement enlevé, et je me borne à prescrire le repos au lit. La tumeur est petite, très dure, difficile à circonscrire, profonde, sans pulsations, sans bruits à l'auscultation. Je trouve un battement artériel évident au niveau de l'anévrisme ; mais il est limité à un point de sa surface, sans soulèvement notable, impossible à trouver dans certaines positions, et est certainement dû au passage du sang dans quelque artère sous-cutanée plus développée que dans l'état normal. Je trouve, en effet, autour du genou les artères articulaires du volume d'une plume de corbeau. Les battements de l'ar-

tère pédieuse restent toujours imperceptibles. La crurale gauche a des pulsations plus faibles que la droite à sa partie supérieure, et presque nulles en bas. Il n'y a plus de douleur dans le jarret ; mais les mouvements du genou ne se font pas sans roideur, et la jambe ne peut être complétement étendue. Le malade reste encore plusieurs jours à l'hôpital; il commence à marcher peu à peu, et enfin je lui permets de sortir, sa guérison me paraissant complète. Depuis cette époque je l'ai revu plusieurs fois, et cette guérison ne s'était pas démentie. Le creux poplité a repris sa forme et sa profondeur normales. Vers sa partie inférieure on sent un petit noyau dur, sans aucun battement. Les mouvements du membre sont aussi libres que ceux du côté opposé ; il n'y a plus de gonflement appréciable.

Rapport. — Messieurs, M. le docteur Depaul, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre et secrétaire annuel de l'Académie mpériale de médecine, etc., se porte candidat à l'une des places de membre titulaire vacantes dans le sein de la Société de chirurgie, et, à l'appui de sa candidature, adresse, avec la liste complète de ses titres et plusieurs de ses ouvrages imprimés, deux observations dont MM. Lenoir, Huguier et moi sommes chargés de vous rendre compte.

La première observation est relative à un cas d'oblitération complète de la fin de l'intestin grêle, qui a nécessité chez un enfant nouveau-né la création d'un anus artificiel. Bien différent de ces vices de conformation dans lesquels l'obstacle au cours des matières est facile à constater par la simple inspection, par le toucher ou par une exploration plus profonde à l'aide d'instruments mousses, celui observé par M. Depaul était tout à fait hors de la portée du doigt et tellement inaccessible à tous les moyens d'investigation que son siége, sa nature et son étendue n'ont pu être reconnus pendant la vie et ne pouvaient l'être en effet que par l'ouverture du ventre après la mort. Le doigt pénétrait dans le rectum jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral et ne rencontrait pas l'obstacle ; l'oblitération était donc au-dessus de cette portion du gros intestin; mais à quelle distance ? La promptitude avec laquelle ressortait un petit lavement devait faire croire que ce n'était pas dans un point très élevé ; mais pourtant, d'une part, la tuméfaction du ventre, au lieu d'être générale, était presque limitée à sa partie supérieure ; de l'autre, la sonorité de la région lombaire gauche était contraire à l'idée d'une accumulation de méconium dans le côlon descendant. Cette circonstance, bien appréciée par M. Depaul, n'était point favorable à l'établissement d'un anus artificiel par la méthode de Callisen ; il a dû écarter cette méthode dans le choix qu'il avait à faire et donner la pré-

férence à celle qui consiste à pénétrer en avant par la partie inférieure et latérale gauche, et à inciser une anse d'intestin attirée et fixée dans l'ouverture faite à la paroi abdominale.

Ainsi fit-il, en effet, le plus habilement et le plus heureusement possible, ce qui n'empêcha pas pourtant l'enfant de succomber un peu plus de vingt-quatre heures après l'opération.

L'anse intestinale adhérait exactement au pourtour de l'incision dans laquelle elle avait été engagée, si bien que la cavité péritonéale, qui d'ailleurs n'offrait pas de trace d'inflammation, se trouvait tout à fait close. L'intestin grêle et le gros intestin étaient séparés et ne tenaient plus ensemble que par un petit cordon fibreux; ils étaient complétement oblitérés, l'un à sa terminaison et dans une assez grande étendue, l'autre à son origine. Normal dans toute sa longueur au-dessus de cette oblitération, l'intestin grêle avait heureusement été ouvert tout près de sa fin, de sorte que les matières auraient conservé le parcours le plus considérable possible avant d'arriver à l'anus artificiel. Libre, mais excessivement rétréci dans toute son étendue, le gros intestin n'avait pu admettre, on le comprend maintenant, qu'une très petite quantité de liquide qui avait été immédiatement rejetée.

Cette observation, fort détaillée et très bien faite, est suivie de la relation beaucoup plus abrégée d'un autre fait emprunté à la clinique de M. le professeur Nélaton, et qui se rapproche de celui de M. Depaul par le siége très profond de l'oblitération (diaphragme complet à l'origine du côlon ascendant), et malheureusement aussi par l'issue funeste de l'opération pratiquée également suivant la méthode de Littre.

En rendant compte de ce premier travail, nous avons dû nous borner au rôle de narrateur. C'est presque le seul, en effet, que réclame de nous la relation de notre savant confrère. Cette relation est un peu nue peut-être, mais elle est faite de main de maître; les circonstances capitales sont habilement mises en relief, les éléments du diagnostic bien posés, le choix de la méthode opératoire établi sur de sages considérations. Au lecteur intelligent, M. Depaul a laissé le soin de faire les réflexions que cette observation suggère, et de tirer à son profit quelques conclusions pratiques. Le fait est, suivant nous, remarquable et instructif à plusieurs égards. Il montre que l'impossibilité de faire pénétrer au delà de quelques centimètres au-dessus de l'anus une petite quantité d'eau et le reflux immédiat du liquide n'indiquent pas nécessairement une situation peu élevée de l'obstacle, et que le rétrécissement considérable d'une longue portion d'intestin, sans communication avec la partie supérieure du tube digestif, peut produire les mêmes

effets. Il prouve l'importance d'explorer avec le plus grand soin par la percussion la région lombaire avant de se décider à y établir un anus artificiel, quand on ignore où siége l'oblitération ou qu'on n'en connaît pas l'étendue. Quelles difficultés M. Depaul n'eût-il pas rencontrées si, moins réfléchi, moins soigneux, il eût entrepris d'opérer par la méthode de Callisen, ou plutôt l'opération n'eût-elle pas été à peu près impraticable, et, si enfin elle eût été accomplie, n'eût-elle pas été sans résultat?

L'autopsie a pleinement justifié la préférence donnée à la méthode de Littre; elle a en outre prouvé une fois de plus que l'opération ainsi faite n'expose pas nécessairement l'opéré à la péritonite. Le péritoine était sain partout, et la seule trace d'inflammation qu'on y aperçût était celle qui faisait adhérer exactement l'intestin au pourtour de la plaie de la paroi abdominale, et qui avait ramené la séreuse un instant ouverte à l'état d'un sac clos de toutes parts. Et pourtant l'enfant a succombé sans qu'on puisse, comme dans le cas de M. Nélaton, expliquer cette fâcheuse issue par le développement d'une péritonite. Quelle a donc été la cause de la mort? Faut-il l'attribuer au trouble profond apporté dans les principales fonctions de l'économie par l'obstacle prolongé au cours des matières, à la gêne de la respiration, au ralentissement de la circulation, à l'abaissement de la chaleur, conséquences ordinaires des oblitérations intestinales? Faut-il l'imputer à l'absence presque complète d'alimentation avant l'opération, à la petite quantité de nourriture prise après l'établissement de l'anus artificiel? Ces diverses causes ont pu être invoquées ensemble ou séparément dans un certain nombre de cas où la mort a eu lieu, comme dans celui de M. Depaul, sans la moindre trace de péritonite. Ne semble-t-il pas qu'on en puisse tirer cette conclusion pratique, à savoir : qu'une opération trop différée a moins de chances de succès qu'une opération faite peu de temps après la naissance? Opérer de bonne heure, quand la nécessité d'opérer est démontrée, semble donc de précepte rigoureux, et il est à regretter que dans la pratique on s'y conforme trop rarement. C'est une tentative préalable faite pour atteindre par le périnée l'intestin terminé en cul-de-sac; c'est l'espoir, quand on n'a pas réussi dans cette recherche, d'être plus heureux en attendant qu'avec le méconium poussé par des efforts réitérés de défécation l'intestin fasse saillie au fond de la plaie; c'est la statistique, assez incomplétement faite il est vrai, et déjà telle qu'elle est peu encourageante, des opérations d'anus artificiel; c'est l'hésitation, le consentement tardif des parents; c'est, enfin, pour certains chirurgiens la crainte d'une responsabilité en effet assez

lourde (1); ce sont, en un mot, des motifs divers, légitimes ou non, qui font malheureusement ajourner et perdre le moment opportun. Aucun de ces motifs n'empêchait M. Depaul d'agir, et pourtant il a tardé un peu dans l'espoir sans doute que les matières retenues à une certaine hauteur pourraient descendre encore et déterminer par leur arrêt définitif dans un point plus inférieur de l'intestin le siége précis de l'obstacle mécanique.

Nous avons vu une fois le méconium arrêté dans le gros intestin à une grande distance d'un obstacle simplement membraneux situé presque au-dessus de l'ouverture anale normalement conformée. Quelle facilité n'aurions-nous pas eue pour établir notre diagnostic et pour opérer si l'intestin, conservant son ressort, se fût contracté sur le méconium et, le poussant de plus en plus bas, l'eût accumulé au-dessus de l'obstacle ! Des faits du même genre sont peut-être à la connaissance de M. Depaul et ont pu l'engager à une temporisation de vingt-quatre heures.

D'ailleurs ne restait-il pas encore dans des limites de temps compatibles avec un heureux résultat? Comme lui, n'était-ce pas le troisième jour que Duret avait opéré, en 1793, un enfant qui vivait encore en 1835? Serrant n'avait-il pas réussi en opérant soixante heures après la naissance, et malgré un état très grave? Et Miriel père et Klewitz n'ont-ils pas été également heureux l'un et l'autre sur des enfants de plus de trois jours et demi? Enfin Tüngel n'a-t-il pas sauvé un nouveau-né opéré le troisième jour? Mais peut-être une détermination plus prompte offre-t-elle plus de chances encore. Tüngel compte un succès à la suite d'une opération faite vingt-quatre heures après la naissance. Il en est de même de M. Amussat; et Hasse, opérant après trente-six heures, obtient une guérison complète en trois semaines. Il est permis d'espérer qu'en opérant de très bonne heure, après ou sans tentatives préalables à la recherche du rectum, on grossirait assez vite cette liste, et il est en tout cas certain qu'on risque d'allonger beaucoup celle des insuccès par une intervention volontairement ou involontairement trop tardive. Combien d'enfants n'ont été opérés qu'à une époque où les inévitables conséquences de l'oblitération intestinale les avaient déjà et d'avance condamnés à une mort certaine? Combien de péritonites, imputables plutôt à une fâcheuse temporisation qu'à l'opération elle-même? Le cas même de M. Depaul, qui avait, pour ne rien précipiter, de plausibles motifs et des exemples encourageants, n'aurait-il pas pu

(1) Voy. Tüngel (*Künstliche Afterbildung*).

compter parmi les succès, si dès le premier, ou tout au moins dès le second jour, l'habile opérateur eût sans hésitation établi un anus artificiel?

Nous avons vu que M. Depaul avait préféré la méthode de Littre. C'était évidemment la seule possible. Mais celle de Callisen eût-elle été praticable? la première, d'une exécution plus facile et plus simple chez l'enfant nouveau-né, et peut-être moins dangereuse par elle-même qu'on ne le pense généralement, eût encore mérité la préférence. Il n'est point de notre objet d'entrer ici dans les détails d'un parallèle déjà fait d'ailleurs par l'un de nos collègues. Je rappellerai seulement que l'unique succès de M. Amussat, grand promoteur de la seconde méthode, laisse à désirer, puisque au bout d'un an l'anus artificiel avait une tendance très prononcée à se rétrécir, et ne pouvait être entretenu qu'à l'aide de fréquentes dilatations.

On peut considérer comme des procédés de la méthode adoptée par M. Depaul les variétés de situation et de direction indiquées par les auteurs pour l'incision de la paroi abdominale. Il s'en faut bien en effet qu'il y eût entre eux identité de vues à cet égard. Sabatier parle un peu vaguement de *faire une ouverture au ventre, près d'une des aines*. On a proposé, dit Boyer, de faire au côté gauche du ventre, dans l'endroit qui correspond à l'extrémité inférieure du côlon, entre *la dernière côte et la crête de l'os des iles*, une incision longitudinale *à cet intestin*, ce qui n'apprend pas grand'chose sur la situation exacte, la direction et l'étendue de l'incision de la paroi abdominale. Ce défaut de précision n'empêche pas d'apercevoir une différence considérable entre les indications des deux illustres chirurgiens que nous venons de citer. M. Velpeau et M. Malgaigne semblent s'être plus rapprochés de celle de Sabatier en conseillant une incision de 2 pouces au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, incision qui semble propre à donner tout aussi bien, sinon plus facilement, issue à une anse d'intestin grêle qu'au côlon lui-même. Chélius, sur les traces de Boyer, mais plus précis, conseille une incision de 1 pouce et demi à 2 pouces, oblique d'arrière en avant et légèrement de haut en bas, et dont l'angle inférieur vient tomber au-dessous et un demi-pouce en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tüngel (*Ueber Künstliche Afterbildung*) rejette toute incision immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, et se rapproche davantage encore de l'indication de Boyer. Il conseille d'opérer, et a opéré lui-même *entre les fausses côtes et la crête iliaque*. Son incision, commençant à l'union des deux tiers antérieurs de cette crête, presque horizontale, s'abaisse

un peu à son extrémité antérieure, qui s'arrête sur le trajet d'une ligne verticale tombant sur l'épine antéro-supérieure. Il est certain qu'on se rapproche plus du côlon, et qu'on a même toutes les chances possibles d'arriver directement sur cet intestin, en se conformant au conseil de Boyer, de Chélius, de Tüngel. Or, il n'est point indifférent, pour le succès de l'opération, de rencontrer immédiatement le côlon, de n'avoir point à le chercher à l'aide du doigt plus ou moins profondément introduit, ou à faire rentrer, par des manœuvres répétées peut-être, une anse d'intestin grêle qui se serait présentée et engagée à sa place. C'est à la condition d'être simple, courte, exempte de contacts prolongés sur des parties délicates et faciles à enflammer, que l'opération peut réussir, et M. Depaul l'a bien senti en plaçant son incision de la paroi abdominale sur le point le plus propre à lui faire trouver tout de suite l'intestin distendu. En la faisant partir du milieu de l'espace compris entre les fausses côtes et l'épine iliaque antéro-supérieure, pour la terminer vers le tiers externe du pli de l'aine, à peu près comme le veut Chélius, il avait toutes les chances possibles d'arriver de prime abord sur le côlon, si l'obstacle n'eût pas existé beaucoup plus haut. Une anse d'intestin grêle s'est présentée. Il n'en pouvait être autrement. M. Depaul, qui trouvait dans cette circonstance la confirmation des présomptions que certaines particularités avaient fait naître dans son esprit, n'a pas poussé plus loin ses recherches, et avec la promptitude, la délicatesse, l'habileté qu'une semblable opération exige, il a établi l'anus artificiel, si bien que le péritoine, nullement fatigué et à peine touché dans les parties voisines de la plaie, presque aussitôt soustrait au contact de l'air dans les parties plus profondes, devait être presque infailliblement préservé, et n'a en effet présenté à l'autopsie aucune trace d'inflammation.

Le second travail de M. Depaul ne consiste, comme le premier, que dans une observation ; mais le cas qu'elle vous fait connaître est d'une telle importance, les considérations que l'auteur aurait pu présenter à ce sujet ont été si savamment, si complétement exposées par notre honorable collègue M. Broca, dans un remarquable mémoire connu et apprécié de tous les chirurgiens, qu'il y avait à la fois modestie et bon goût à ne rien ajouter à la relation détaillée d'un fait qui n'a plus besoin de commentaires. Ce fait, dont vous avez eu les prémices, et qui a déjà produit une grande impression dans cette enceinte lorsque le malade vous a été présenté à la fin du traitement, est un cas d'***anévrisme spontané de l'artère poplitée gauche guéri par la compression indirecte alternante.***

Telle est l'idée que les chirurgiens, les chirurgiens français surtout, étaient arrivés à se faire de la prééminence de la ligature dans le traitement de cette maladie, que les autres méthodes ne comptaient guère depuis longtemps parmi les ressources de la pratique, et ne faisaient plus partie que de l'histoire de l'art, lorsqu'une série de succès obtenus en Angleterre par la compression éveilla de nouveau l'attention du monde chirurgical de ce côté-ci du détroit, et la question, reprise dans son ensemble, dans son historique complet, dans ses développements successifs, fournit à M. Broca une série d'articles dont la réunion forme aujourd'hui un volume que vous avez tous entre les mains. Mais quel que soit le talent dont notre éminent collègue ait fait preuve dans la rédaction de cet important travail; quelque habileté qu'il ait montrée dans la mise en œuvre des immenses matériaux colligés par lui; à quelque perfection qu'il ait porté, par d'heureuses combinaisons, l'appareil instrumental, tant d'efforts seraient peut-être restés stériles, si un succès éclatant n'était venu confirmer parmi nous les succès obtenus en Angleterre. C'est à M. Depaul que revient l'honneur d'en avoir enrichi la chirurgie française, et nous ne pouvons mieux répondre à l'hommage qui nous en a été fait, qu'en lui donnant le plus de publicité possible. En attendant la conclusion spéciale que nous vous proposerons plus tard à ce sujet, nous allons vous faire connaître, dans un court extrait, les points essentiels de ce fait important.

Un employé âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre le 24 juillet 1854 à l'hôpital Necker, dans le service dont M. Depaul est provisoirement chargé, pour se faire traiter d'un anévrisme de l'artère poplitée gauche. La vie tranquille de cet homme, qui non-seulement ne se livre à aucun exercice violent, mais encore n'use de ses jambes que pour franchir lentement matin et soir le court espace qui sépare son domicile de son bureau, semblait devoir le préserver d'une semblable maladie. Faut-il en attribuer le développement à un mouvement violent fait par une femme assise sur son membre inférieur fortement allongé et tendu? Un tiraillement pénible qu'il sentit en ce moment dans le creux poplité tendrait à le faire croire, en l'absence de toute autre cause que puissent lui fournir ses souvenirs. Quoi qu'il en soit, on constate à l'entrée de cet homme que dans une extension incomplète le creux poplité gauche présente une surface un peu saillante plutôt qu'une dépression. On sent au centre et à la partie inférieure de cette région une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, offrant à la main des battements avec expansion assez forte pour soulever les doigts, isochrones aux batte-

ments du pouls, disparaissant par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine, et un bruit à l'oreille de souffle intermittent très rude. Toute la région poplitée est douloureuse, à la pression surtout et par un mouvement un peu étendu du membre. Des cataplasmes, des bains, le repos au lit, une nourriture légère sont d'abord prescrits pour combattre cette complication, et le 1er août, après des examens répétés qui ne laissent à aucun des chirurgiens consultés le moindre doute sur la nature de la maladie, M. Depaul, assisté de M. Broca, fait l'application de l'appareil compresseur dont notre collègue nous a expliqué il y a quelques mois les heureuses combinaisons et l'ingénieux mécanisme, et qui est maintenant bien connu de vous tous. Vous savez qu'à l'aide de cet appareil la compression peut être exercée alternativement par deux pelotes à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'artère crurale. Pendant les premières 24 heures il fallut alterner huit fois le point sur lequel portait la compression, qui, en somme, fut bien supportée, et eut pour premier effet de diminuer sensiblement la douleur du creux poplité. Dès la première nuit il y a eu un peu de sommeil. Les jours suivants et les nuits suivantes sont meilleurs encore; le malade, plein de confiance, se conforme à toutes les indications qui lui sont données pour porter la compression au point voulu et pour l'alterner d'une pelote à l'autre.

Le 4 août, on enlève l'appareil pour faire le lit du malade, et M. Depaul constate déjà une amélioration sensible dans l'état de l'anévrisme. La tumeur est plus dure ; la palpation n'est plus douloureuse; les battements sont notablement moins forts. La compression est alors portée jusqu'à l'effacement complet des pulsations et continuée ainsi pendant vingt-quatre heures. Le volume de l'anévrisme diminue ; la tumeur ne comble plus le creux poplité, et ce n'est qu'en enfonçant les doigts dans la dépression qu'il présente qu'on sent une tumeur dure, dépourvue de battements expansifs et n'offrant plus que des pulsations semblables à celles de l'artère radiale.

Continuée au même degré le 5 jusqu'à minuit, la compression est tout à fait suspendue par le malade, qui, fatigué de l'insomnie de la nuit précédente, espère trouver et trouve en effet le sommeil après avoir enlevé l'appareil compresseur. Malgré cette suspension, il ne perd rien de l'amélioration considérable qu'il avait obtenue. Le 6, le doigt placé sur l'anévrisme n'est plus soulevé du tout ; le très léger battement qu'on perçoit est peut-être étranger à la tumeur, et pourrait bien provenir d'une des artères digitales. Aucun souffle ne se fait entendre, et l'on peut dire que la guérison est obtenue.

On continue néanmoins d'exercer une compression légère pendant trois jours, et le 9 août l'appareil est définitivement enlevé. Il n'y a plus alors qu'une tumeur petite, profonde, difficile à circonscrire, sans pulsations, sans bruit aucun. Un petit battement superficiel, évidemment dû au développement exagéré d'une petite artère sous-cutanée, est tout ce qu'on peut percevoir.

Le repos gardé encore quelques jours assure cette guérison ; un peu d'exercice fait ensuite promptement disparaître une légère roideur dans les mouvements du genou, et le malade sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. Vous avez constaté, messieurs, ce beau résultat.

Depuis lors la guérison du malade, revu plusieurs fois par M. Depaul, ne s'est pas démentie.

Pas plus que M. Depaul nous n'ajouterons de réflexions à la suite de ce récit. Le fait n'est-il pas assez significatif par lui-même? Il comptera certainement parmi l'un des plus beaux succès obtenus par une méthode heureusement réhabilitée et qui est appelée à prendre place à côté de la ligature, sinon à la primer définitivement.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. DANYAU.

M. Chassaignac, à propos de la première observation de M. Depaul, communique à la Société un fait d'oblitération probable de l'intestin, chez une femme adulte qui depuis deux mois et demi n'a point eu de garde-robes. Depuis le 7 avril, des vomissements intestinaux ont aggravé l'état de la malade, et il paraît indiqué de pratiquer un anus artificiel. M. Chassaignac se propose de mettre en usage ici la méthode de Littre, et il tiendra la Société au courant de ce fait.

M. Lenoir fait remarquer que chez le malade atteint d'anévrisme, et qui a guéri par la compression, il y avait un phénomène insolite. Ainsi, autour de la tumeur, on trouvait de la chaleur et du gonflement inflammatoire. M. Lenoir avait même songé à traiter d'abord ce gonflement inflammatoire, puis à comprimer ensuite. Il faut ici tenir compte de ces symptômes dans l'appréciation qu'on peut faire du mode de traitement.

M. Gerdy entre dans quelques détails sur l'anatomie chirurgicale de la région lombaire, à propos de l'opération de l'anus contre nature selon la méthode de Callisen. L'on peut arriver facilement au rein en incisant suivant le sillon latéral des lombes, et l'on entraînerait ainsi des calculs rénaux. L'on pourrait aussi arriver sur le côlon à travers les deux feuillets du mésocôlon lombaire.

M. Gerdy sollicite des expériences pour montrer si l'on ne peut pas, sur le cadavre, écarter par l'insufflation de l'intestin les deux feuillets du mésocôlon.

M. Vidal a fait ces expériences, et il n'a jamais pu produire cet écartement des feuillets du mésocôlon. L'opération de l'anus contre nature lui paraît plus difficile et ses suites plus dangereuses dans la méthode de Callisen que dans la méthode de Littre. La défécation est facile dans la méthode de Littre; dans celle de Callisen, au contraire, l'incision se rétrécit assez souvent, puis l'intestin s'engorge, et il devient nécessaire d'enlever par la curette les matières fécales.

Revenant au fait de M. Chassaignac, M. Vidal croit que ce serait là le cas d'appliquer le principe des opérations en plusieurs temps. On pourrait ouvrir le ventre, mettre le cœcum à découvert par sa face que ne recouvre pas le péritoine, et lorsque des adhérences se seraient établies entre l'intestin et les lèvres de la plaie, on devrait ouvrir l'intestin.

M. Cloquet a fait une série d'expériences sur la distension forcée des intestins avec des gaz et des liquides. Il a constaté que les feuillets du péritoine s'écartent peu. Quand on pousse la distension très loin, la couche musculaire se rompt d'abord, et la muqueuse en dernier lieu. Quant à l'écartement des deux feuillets du mésocôlon lombaire, il est très variable suivant les individus, et si l'on pratique l'opération de l'anus artificiel suivant la méthode de Callisen, on ne sait point ce qu'on trouvera. M. Cloquet préférerait la méthode de Littre.

— La discussion close, M. le rapporteur lit de nouveau les conclusions de son rapport. Ce sont :

1° D'adresser des remercîments à M. Depaul;

2° De renvoyer sa première observation à la publication du *Bulletin*, et sa deuxième au comité de publication.

Après quelques remarques de différents membres et l'agrément du rapporteur, la Société renvoie les deux observations de M. Depaul et le rapport de M. Danyau au *Bulletin* de la Société.

Présentation de pièces et d'instruments.

M. Richet présente une tumeur du sein qui augmentait à chaque période menstruelle, et laissait couler par le mamelon un peu de sérosité sanguinolente. Son tissu était celui des hypertrophies mammaires avec infiltration gélatiniforme des lobules.

— M. Bourjeaud présente une nouvelle espèce de bandage herniaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 2 mai 1855.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Michon présente un malade autrefois affecté de cancroïde et auquel il a pratiqué la rhinoplastie en replaçant dans sa position naturelle le pédicule du lambeau après sa section.

Le malade que je présente à la Société, dit-il, est connu de M. Broca. Je le présente surtout comme offrant un résultat de restitution à sa place anatomique du pédicule dans l'opération de la rhinoplastie. Cette modification quo j'ai apportée à certaines autoplasties de la face et de la rhinoplastie en particulier est le troisième fait accompli de ce genre qui m'appartient. J'ai eu l'idée d'opérer de cette manière en novembre 1851 chez le nommé Robichon. Depuis cette époque j'ai enseigné publiquement et fait voir à un grand nombre d'élèves et de praticiens l'application et les avantages de ce procédé; j'en ai également exposé les règles, basées sur l'observation et l'expérimentation. J'ai fait la première opération sur le nommé Guénard en juin 1852; la seconde sur le nommé Gaillart en août 1852. Le malade que je présente, le nommé Maret, a été opéré en décembre 1854. J'ai commencé hier 1er mai la quatrième opération de ce genre; je la regarde comme un progrès que je crois avoir introduit dans la pratique chirurgicale.

— M. Follin présente une jeune fille d'une vingtaine d'années atteinte de nystagmus latéral. A aucune époque de la vie chez cette fille la vision n'a été parfaite, mais c'est seulement depuis neuf ans que cette affection s'est développée. Aujourd'hui la malade ne distingue plus les objets, quoiqu'il n'existe aucune opacité des milieux de l'œil. La convulsion oculaire cesse parfois pendant un laps de temps très court; mais on ne l'arrête guère, comme dans quelques autres cas, en forçant la malade à fixer les deux yeux quelque objet.

— M. Boinet consulte la Société sur un malade qui présente dans la région carotidienne droite une tumeur animée de battements. S'agit-il ici d'un anévrisme ou d'un ganglion induré et soulevé par la carotide qui bat au-dessous de lui?

M. Morel pense que cette tumeur n'est qu'un ganglion induré. En effet, il est facile de l'isoler et de la saisir entre les doigts; on voit

alors qu'elle n'est pas pulsatile, qu'elle n'est réductible à aucun degré. Enfin, elle n'est le siége d'aucun bruit.

M. Larrey pense comme M. Morel sur la nature de cette tumeur.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ch. Dubreuilh écrit à M. le président pour obtenir le titre de membre correspondant; à l'appui de sa candidature, il adresse une série de mémoires sur divers points d'obstétrique ; puis deux observations d'hydarthrose du genou et de fistule urinaire guéries par les injections iodées.

Ces travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Danyau et Voillemier.

— M. le docteur Niepce adresse un mémoire sur l'action thérapeutique de l'eau sulfureuse et iodée d'Allevard.

M. Boinet est chargé d'en rendre compte.

— La Société impériale d'agriculture adresse le tome 10e du bulletin de ses séances, son annuaire pour 1855 et le programme général des questions mises au concours.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Richard revient en quelques mots sur la tumeur présentée dans la dernière séance par M. Richet. Il rappelle que cette tumeur a été le siége d'un écoulement séro-sanguin par le mamelon, et il annonce que sur quatre tumeurs adénoïdes enlevées cette semaine dans les hôpitaux, et en particulier sur une d'entre elles provenant du service de M. Velpeau, on a noté le phénomène en question. En fixant l'attention de la Société sur cet écoulement séro-sanguin de certaines tumeurs mammaires, M. Richard demande à ses collègues ce qu'ils ont pu observer à cet égard.

M. Follin. La tumeur provenant du service de M. Velpeau et à laquelle M. Richard vient de faire allusion ne peut guère lui servir à prouver la valeur de l'écoulement sanguin comme signe des tumeurs adénoïdes. En effet, cette tumeur était composée de deux tumeurs secondaires, dont l'une était franchement cancéreuse : c'est même là un exemple remarquable d'éléments cancéreux déposés dans la trame d'une tumeur adénoïde. L'observation micrographique est ici tout à fait d'accord avec le diagnostic posé par M. Velpeau.

M. Follin cite ensuite un autre fait d'écoulement séro-sanguin par le mamelon observé sur une malade du service de M. Jobert et qui coïncidait avec un vaste encéphaloïde de la mamelle.

M. Richard a examiné au microscope cette tumeur avec M. Robin, et selon ce dernier il s'agirait seulement d'une tumeur hypertrophique dans laquelle on constaterait les culs-de-sac glandulaires de la mamelle.

M. Follin ne nie pas qu'on ne puisse constater ici les culs-de-sac glandulaires de la mamelle à côté des éléments cancéreux, puisqu'il reconnaît que ces éléments se sont déposés dans la trame primitive d'une tumeur adénoïde.

M. Guersant croit que le signe indiqué par M. Richard peut induire en erreur si l'on veut s'en servir pour distinguer une tumeur cancéreuse d'une tumeur hypertrophique. Il y a des tumeurs hypertrophiques qui ont donné lieu à cet écoulement, mais tout le monde a vu de semblables écoulements par le mamelon dans des cas de tumeurs franchement cancéreuses.

M. Broca. Je n'ai pas l'intention de prendre parti dans ce débat sur la valeur diagnostique de l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. Si je m'en rapportais à ce que j'ai vu, je me sentirais peut-être disposé à adopter l'opinion de M. Richard. Mais un petit nombre de faits ne suffit pas, et je crois qu'il ne serait pas prudent d'écarter absolument l'idée de cancer d'après le seul caractère de l'écoulement en question.

D'ailleurs, M. Guérin vient de me dire qu'il avait constaté cet écoulement dans un cas de cancer véritable, reconnu tel après l'ablation par M. Robin, qui examina attentivement la tumeur au microscope.

J'ai dit que mes propres observations s'accordaient assez bien avec celles de M. Richard. J'ai eu en effet tout récemment l'occasion de constater l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon sur deux malades atteintes d'hypertrophie partielle de la mamelle. L'une de ces malades est une dame créole, âgée de cinquante-huit ans, qui depuis son enfance porte des tumeurs dans les deux seins. Ces tumeurs sont au nombre de cinq; une seulement occupe le sein droit, les quatre autres sont dans le sein gauche. La plus récente de ces tumeurs a paru vers l'époque où les régles se montrèrent pour la première fois. Depuis lors ces tumeurs sont restées stationnaires, indolentes et inoffensives; la malade, aujourd'hui encore, présente un état général très satisfaisant. Ainsi il ne peut y avoir aucun doute sur la nature non cancéreuse de son mal. Or, il y a quelques mois l'une des tumeurs du sein gauche a pris quelque accroissement; elle est devenue le siége d'une douleur sourde, et un écoulement séro-sanguinolent n'a pas tardé à se produire par le mamelon correspondant.

Ma seconde malade est une dame de trente-six ans. Une tumeur parut spontanément il y a deux ans dans la partie supérieure et externe de la mamelle droite. Cette tumeur s'accrut lentement, et atteignit le volume d'une noix. Il y a quelque temps le mamelon commença à laisser suinter un liquide séro-sanguinolent. Cet écoulement, assez abondant, se montra et disparut à plusieurs reprises. La malade s'en inquiéta beaucoup, et se décida à venir à Paris pour se faire opérer.

J'ai enlevé cette tumeur le 21 avril dernier. Je la fais passer sous les yeux de la Société, et elle est assez curieuse, je pense, pour que j'insiste sur les principaux détails de sa structure.

On peut voir que la masse morbide est entourée de toutes parts par un kyste, dont la surface interne présente l'apparence d'une membrane séreuse. Elle est pédiculisée dans l'intérieur de ce kyste, qui renfermait seulement quelques grammes de sérosité transparente. La surface extérieure de la tumeur est lisse et régulière; son pédicule est étroit, irrégulier, et constitué par des filaments assez résistants. En plusieurs points on aperçoit de petits tractus celluleux très distincts du pédicule proprement dit, qui font adhérer la surface externe de la tumeur à la surface interne du kyste. Quant à la tumeur en elle-même, elle présente à la coupe tous les caractères des hypertrophies glandulaires partielles, avec prédominance des culs-de-sac. L'examen microscopique a confirmé ce diagnostic.

L'étude de cette pièce est importante, parce qu'elle permet de comprendre l'origine de l'opinion professée par M. Paget sur la nature des tumeurs que nous désignons en France sous le nom d'hypertrophie partielle de la mamelle.

On sait que M. Paget ne considère pas ces tumeurs comme des hypertrophies, mais comme des néoplasmes, c'est-à-dire comme des productions entièrement nouvelles. Sous ce rapport son opinion se rapproche de celle de M. Velpeau, qui pense que ces tumeurs n'ont aucune connexion directe avec les éléments primitifs de la mamelle. M. Velpeau dit avoir vainement cherché entre ces tumeurs et les lobes de la glande voisine des communications qui, suivant lui, devraient toujours exister si ces tumeurs étaient d'origine glandulaire. Il ne conteste pas qu'il n'y ait dans leur structure des éléments semblables à ceux des glandes; il admet sans arrière-pensée le résultat fourni par l'examen microscopique, mais il attribue cette structure à une sorte d'influence régionnelle, à une cause semblable à ce que les Allemands appellent la *loi d'analogie de formation*. Le néoplasme se développant au voisinage d'une glande revêt la structure glandulaire, comme la lymphe plas-

tique épanchée au voisinage des os s'organise en tissu osseux. Telle est l'opinion de M. Velpeau. Elle suppose, comme on voit, que les tumeurs adénoïdes ne communiquent jamais avec les conduits galactophores. Il est quelquefois difficile, en effet, de démontrer cette communication, parce qu'il est très fréquent de voir les conduits d'une glande hypertrophiée subir un travail d'atrophie qui les efface presque complétement. Malgré cela, j'ai bien des fois réussi à trouver cette communication de la manière la plus évidente. Et d'ailleurs les faits qui sont l'objet de la discussion actuelle démontrent sans réplique que les tumeurs adénoïdes dépendent directement de la glande mammaire. Comment expliquerait-on autrement l'existence, et jusqu'à un certain point la fréquence des écoulements séro-sanguinolents qui accompagnent les hypertrophies partielles de la mamelle?

Mais je reviens à l'opinion de M. Paget. M. Paget, comme M. Velpeau, considère les tumeurs hypertrophiques comme des néoplasmes. Suivant lui, le travail morbide commence par la formation d'un kyste. Les parois de ce kyste deviennent le siége d'une végétation intérieure qui fait saillie en se pédiculisant, et qui s'organise en revêtant à peu près la structure de la glande adjacente. A une certaine période, les tumeurs dites hypertrophiques présenteraient toujours cette disposition; voilà pourquoi M. Paget les décrit sous le nom de *kystes proligères*. Plus tard, la végétation intérieure, en s'accroissant, vient se mettre en contact avec la surface interne du kyste, et y contracte quelques molles adhérences celluleuses. C'est la disposition qui existe d'une manière très manifeste sur la pièce que je présente à la Société. Plus tard enfin, les adhérences deviennent générales; la cavité du kyste disparaît, et il ne reste plus qu'une membrane exactement appliquée à la surface de la tumeur, qui se trouve ainsi complétement isolée des tissus environnants.

Si on présentait à M. Paget la pièce que je tiens entre les mains, il ne manquerait pas d'y trouver une confirmation victorieuse de sa théorie; il y verrait une des phases intermédiaires du développement de ses kystes proligères, et il s'empresserait de dire qu'il a pris la nature sur le fait. Mais on pourrait lui faire une réponse bien simple; il suffirait de lui rappeler que cette tumeur a donné lieu à un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon, et que par conséquent elle doit communiquer avec les conduits galactophores.

Quant au kyste qui environne la plus grande partie de la surface de la tumeur, je le considère comme une simple bourse muqueuse développée probablement sous l'influence de la pression du corset.

En terminant, j'adresserai une question à M. Richard, qui a particulièrement étudié les cas de ce genre: Quelle est à ses yeux, sous le rapport du pronostic, la signification des écoulements séro-sanguinolents dans l'hypertrophie partielle de la mamelle? Est-ce pour lui l'indice d'une aggravation dans la marche locale de la tumeur, et y voit-il une indication de recourir à l'opération? Pour ma part, je suis disposé à croire que ces écoulements dénotent l'existence d'un travail intérieur très défavorable. L'issue du sang semble indiquer qu'il s'est produit une érosion ou une sorte d'ulcération dans les cavités muqueuses de la tumeur, et que le mal est disposé à suivre une marche plus rapide. Sur l'une de mes deux malades, la tumeur s'est notablement accrue et est devenue le siége d'une douleur qui n'y avait pas encore paru. J'ai pensé qu'il était prudent d'en venir à l'opération; mais je serais désireux de savoir ce qui se passe lorsque en pareil cas on abandonne les tumeurs à elles-mêmes.

M. Robert pense que M. Richard a accordé beaucoup trop d'importance à cet écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. L'examen des faits lui a montré que cet écoulement pouvait exister dans des cas de tumeurs cancéreuses. Ainsi il y a deux ans, M. Robert enleva à une femme un squirrhe du sein, dont M. Verneuil confirma par le microscope la nature cancéreuse. Cette malade avait eu un écoulement séro-sanguin par le mamelon. M. Robert avoue que depuis cette époque sa confiance dans le signe indiqué par son collègue a considérablement diminué.

M. Richard a parlé d'une dénomination incorrecte de ces tumeurs hypertrophiques du sein, et plus tard il les a qualifiées d'épithélioma de la mamelle; mais appliquer à ces tumeurs le mot épithélioma ce serait faire une grande confusion. Dans les épithéliomas, il y a infiltration des tissus par de l'épithélium, qui se substitue aux organes normaux. Ainsi dans les épithéliomas on voit l'épithélium s'étendre très loin; rien d'analogue ne s'observe dans les tumeurs adénoïdes. Il n'y a point d'épithélium qui se substitue aux tissus sains.

M. Robert soutient de nouveau la nature glandulaire des tumeurs adénoïdes. Quant à leur pédicule, il finit souvent par disparaître. D'ailleurs, dans bien des cas ces tumeurs paraissent isolées, mais elles ne le sont point. Ainsi M. Robert, examinant avec M. Verneuil plusieurs petites tumeurs hypertrophiques du sein qui paraissaient libres, les a trouvées adhérentes par de légers tractus qui n'étaient que des tubes remplis d'épithélium. M. Robert est resté convaincu d'avoir là sous les

yeux les canaux galactophores qui réunissaient les tumeurs à la glande principale.

M. Verneuil. Le cadre de la discussion s'est tellement agrandi qu'il ne s'agit plus seulement de l'écoulement séreux par le mamelon, mais bien aussi de l'hypertrophie mammaire en général, des kystes du sein et des opinions qui dans ces derniers temps ont vu le jour pour expliquer l'apparition de ces maladies et pour interpréter leur nature ; il est donc utile de suivre la discussion dans ses diverses phases et d'en examiner rapidement les points culminants.

L'écoulement séreux ou séro-sanguinolent par le mamelon coïncide réellement, dans un certain nombre de cas, avec l'existence d'une hypertrophie mammaire. C'est donc un symptôme dont il faut tenir un compte sérieux pour le diagnostic ; mais par malheur c'est un signe clinique qui, comme la plupart des signes de ce genre, n'a qu'une valeur très relative. D'abord il manque dans beaucoup de cas d'hypertrophie mammaire ; puis il peut se montrer dans des circonstances où réellement il s'agit de cancer bien confirmé. M. Verneuil a examiné des faits de ce genre à l'époque où M. Richard avait précisément appelé l'attention sur l'écoulement séreux comme signe à peu près pathognomonique de l'hypertrophie. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas rare de voir se combiner dans une tumeur du sein le cancer et l'hypertrophie simple, ce qui atténue encore la signification absolue qu'on voudrait donner au symptôme en question.

Puisque au reste M. Richard appelle de nouveaux faits, il pourra joindre à ceux qu'il possède déjà celui d'une malade couchée récemment dans le service de M. Denonvilliers, et chez laquelle un écoulement par le mamelon existait en même temps qu'une induration assez circonscrite formée par un lobe mammaire qui avait subi l'altération hypertrophique sous la forme de kystes multiples d'un très petit volume.

Un stylet introduit par un des orifices du mamelon s'engageait à une profondeur de 3 à 4 centimètres pour aller rejoindre la masse morbide. Le conduit galactophore qui fournissait l'écoulement avait environ 1 à 2 millimètres d'étendue ; il ne paraissait pas communiquer avec les kystes, qui étaient bien clos et trop petits d'ailleurs pour fournir une quantité de liquide notable. M. Houel a constaté avec MM. Denonvilliers et Verneuil les mêmes particularités sur la pièce, qui, au reste, est déposée au musée Dupuytren.

D'après M. Richard, la dénomination d'hypertrophie mammaire imposée par les anatomo-pathologistes modernes à la tumeur mammaire chronique d'Astley Cooper ne serait point parfaitement convenable et

devrait être remplacée par un autre nom. Ce vœu a déjà été exprimé, et la qualification en question a déjà été plus d'une fois attaquée. Cependant M. Richard ne propose aucune épithète à la place ; il pense pourtant qu'on pourrait employer le mot d'épithélioma du sein, au moins pour quelques variétés de la maladie.

Les micrographes ne tiennent pas opiniâtrément à l'expression qu'ils ont introduite et vulgarisée; cependant, jusqu'à nouvel ordre, ils la croient préférable à toute autre comme terme générique. La mamelle, en effet, comme toutes les autres glandes, se compose d'éléments anatomiques nombreux qui peuvent tous se produire en quantité plus considérable que de coutume, et par conséquent devenir prédominants. C'est ainsi que l'hypertrophie peut successivement porter sur le tissu glandulaire, sur l'épithélium qui tapisse la cavité des acini, sur le tissu fibreux interlobulaire, etc. Tantôt la prédominance plastique ne porte que sur un seul élément, ou sur deux, ou sur trois; les autres éléments peuvent à leur tour rester à l'état normal ou s'atrophier plus ou moins complétement. De là résulte une foule de variétés qui se groupent très aisément et se font suite, de telle sorte que lorsqu'on a étudié un grand nombre de tumeurs de ce genre, il est facile de rallier par des intermédiaires presque insensibles les formes les plus disparates; depuis les kystes multiples jusqu'à la tumeur molle comme de l'encéphaloïde ou dure comme le corps fibreux utérin, on peut établir une série non interrompue.

Le nom d'hypertrophie partielle se comprend donc aisément et permet de ne pas scinder un groupe véritablement très naturel. Le mot partiel, à la vérité, prête un peu à l'équivoque, en cela qu'on peut l'attribuer à une tumeur n'altérant qu'un certain nombre des lobes de la mamelle, au lieu de s'en servir pour exprimer certains éléments glandulaires. Le vice du mot consiste en ce que la *totalité* de la mamelle pourrait être envahie par l'*hypertrophie partielle*, et qu'il paraît tout d'abord contradictoire d'admettre une *hypertrophie partielle générale* de la glande. Il serait facile d'obvier à ce défaut de langage en employant les mots d'*hypertrophie élémentaire* et d'hypertrophie partielle dans deux sens différents : le premier désignerait la tumeur mammaire chronique et ses différentes formes; le second indiquerait qu'une portion limitée de la glande est seule atteinte.

Mais si on veut conserver la dénomination d'hypertrophie partielle avec le sens que lui a donné M. Lebert, on peut encore être clair en la disant *circonscrite* ou *totale*, suivant l'étendue qu'elle affecte. Ces explications techniques ne sont pas inutiles; car, à ma connaissance,

beaucoup de personnes ont incomplétement saisi le sens du mot créé par M. Lebert, et je pense que, pour s'entendre sur les choses, il est bon de s'accorder sur les mots.

Le nom générique étant accepté, il est utile d'admettre des espèces répondant aux formes anatomiques les plus tranchées, alors qu'on est prévenu de la possibilité des aspects transitoires; c'est ainsi que l'on peut dire hypertrophie élémentaire épithéliale, fibreuse, acineuse, kystique de la mamelle, suivant que l'épithélium ou le tissu fibreux prédomineront, suivant qu'il y aura production exagérée de grains glanduleux ou que ceux-ci seront distendus par du liquide.

Le mot d'hypertrophie mammaire a encore un avantage; c'est celui de rapprocher la mamelle des autres organes glanduleux, qui présentent *tous, sans exception*, les mêmes variétés de lésions. De cette façon, sous le nom d'hypertrophie glandulaire, on écrit un immense et très important chapitre de pathologie générale ; on décrit un mode pathologique très commun du système glandulaire : on fait une synthèse utile et féconde, au lieu d'isoler les maladies des organes similaires.

Il serait facile d'appuyer par d'innombrables exemples les propositions générales qui précèdent.

La question des kystes du sein a également été soulevée dans ses relations avec l'écoulement séreux du mamelon et avec l'hypertrophie mammaire. Or, pour bien s'entendre à ce sujet, il faut reconnaître les divers genres de kystes qui peuvent se rencontrer dans la mamelle.

Or il existe :

1° Des dilatations des conduits galactophores. M. Jarjavay pourrait précisément nous en montrer un très bel exemple actuellement entre ses mains.

2° Des dilatations des grains glanduleux contenus dans une gangue fibreuse et ayant perdu ou conservé leurs connexions avec les conduits excréteurs ; c'est cette lésion qui est le point de départ de la maladie connue sous le nom d'*hydatides de la mamelle*. M. Houel nous en montrait l'an dernier un très bel exemple ; j'en ai plusieurs observations détaillées dans mes notes, et ils ont été bien étudiés en Angleterre.

3° On trouve très fréquemment autour de la mamelle ou dans son intérieur des bourses séreuses qui peuvent renfermer du liquide et qui constituent alors de véritables hygromas analogues à ceux que l'on rencontre dans toutes les régions du corps où existent à la fois du tissu cellulaire lâche et des conditions de mobilité. Ces tumeurs peuvent se rencontrer soit à la périphérie de la mamelle, soit dans son centre; et dans ce dernier cas elles coïncident avec l'hypertrophie par-

tielle, M. Lebert avait déjà constaté cette particularité, et il avait donné le nom de kystes lacuneux à ces cavités creusées dans le tissu cellulaire interlobaire. Cette variété se rapporte également à ce qu'on trouve décrit dans quelques observations de kystes séreux de la mamelle; mais ce nom étant très défectueux, je préfère désigner sous le nom d'hygroma, sur la valeur duquel tout le monde s'entend, ces tumeurs liquides qui appartiennent en réalité au tissu cellulaire, et doivent être rangées dans les maladies de ce dernier système.

Un de mes élèves, M. le docteur Massot, a traité avec soin dans une bonne thèse (1) les conditions essentielles de la formation de ces bourses séreuses autour des tumeurs. En lisant ce travail, dont les points principaux ont été souvent discutés dans le sein de la Société anatomique, on comprendra que la mamelle atteinte d'induration hypertrophique réalise merveilleusement les conditions qui président au développement de ces productions, à savoir :

L'existence d'un point solide, résistant;

La présence d'un tissu cellulaire abondant;

La grande mobilité de la région;

L'absence de travail inflammatoire ou de tendance à l'envahissement.

Les modifications qui surviennent ainsi au voisinage des hypertrophies mammaires rendent un compte très satisfaisant de l'isolement, de l'enkystement, de la facile énucléation de ces dernières, sans qu'il soit besoin d'invoquer la théorie d'une formation nouvelle.

On sait que c'est précisément sur l'isolement apparent des tumeurs qui nous occupent qu'est surtout construite la théorie des tumeurs adénoïdes, au reste, déjà déduite des idées des pathologistes allemands, sur ce qu'ils appellent la *loi d'analogie de formation.*

Ces lacunes kystiformes n'ont pas échappé à M. Paget, et ont été également le point de départ de sa théorie sur la formation des tumeurs hypertrophiques, qu'il attribue à tort, suivant nous, à une végétation prolifère de la paroi de kystes persistants. M. Broca vient d'argumenter ici, comme il le fait déjà depuis longtemps, les opinions du savant chirurgien anglais, je n'y reviendrai pas; je ferai seulement remarquer que M. Paget a, à mon avis, interverti l'ordre des faits. Pour lui, la formation d'un kyste est le phénomène initial, la végétation

(1) *Des hygromas profonds ou des kystes séreux qui compliquent les tumeurs.* Thèse de Paris, 1854.

glandulaire est consécutive. Dans ma pensée et d'après les faits, il y a bien masse glandulaire et poche kystique; mais cette dernière n'est qu'une conséquence de la formation de la tumeur hypertrophique; celle-ci ouvre incontestablement la marche. Ce point serait facile à démontrer à l'aide de quelques développements.

De la facilité avec laquelle on peut énucléer les tumeurs hypertrophiques de la mamelle, on a conclu qu'il n'y avait aucune continuité entre la tumeur et les lobes glandulaires circonvoisins, ce qui semblerait prouver l'indépendance primitive de la production morbide. Cependant, et dans un très grand nombre de cas, le pédicule a été déjà trouvé. M. Robert, il n'y a qu'un instant, démontrait qu'alors même que de simples brides, d'apparence purement fibreuse, ralliaient les lobules hypertrophiés, il était facile de constater l'existence d'éléments glandulaires et de conduits excréteurs dans ces minimes prolongements.

Ainsi, d'une part, et à l'aide du scalpel, il est commun de trouver le pédicule, comme M. Broca et moi-même l'avons plusieurs fois montré à la Société anatomique. En second lieu, là où l'œil nu est impuissant, le microscope découvre sans peine les éléments glandulaires inappréciables à première vue.

Au reste, à supposer que la dissection la plus attentive ne pût reconnaître le moindre prolongement ralliant la tumeur et les conduits galactophores voisins, cela ne prouverait nullement qu'il s'agit d'un néoplasme étranger à la glande, et que la communication qui n'existe plus n'a jamais existé.

L'histoire anatomique de l'hypertrophie des glandes présente, en effet, une particularité bien intéressante, et qui consiste dans l'espèce d'antagonisme de développement qui existe entre l'élément sécréteur et l'élément excréteur. En vertu de cette règle, tandis que le premier s'hypertrophie, le second tend à disparaître, et rien n'est plus commun que de voir dans une préparation de lobule mammaire hypertrophié un assez grand nombre de grains glanduleux qui sont tout à fait isolés les uns des autres, ou groupés deux à deux, trois à trois, mais ont perdu toute communication avec les conduits excréteurs très petits qui font immédiatement suite aux acini.

Cela montre, comme bien d'autres faits, du reste, l'indépendance qu'on observe au point de vue anatomique, physiologique et pathologique même, entre les glandes et leur conduit excréteur. Dans chaque organe glanduleux, l'appareil sécréteur et l'appareil excréteur sont à la vérité accolés, annexés, mais ils conservent leurs propriétés respectives. Des expériences de M. Cl. Bernard et des observations de M. Ch.

Robin ont bien établi le fait pathologique que j'invoque, et que, pour ma part, j'ai souvent vérifié.

Il en résulte qu'une atrophie des conduits excréteurs coïncidant souvent avec une hypertrophie des lobes ou lobules correspondants, l'absence de communication qu'on constate plus tard ne prouve pas que cette absence a toujours existé.

J'ai communiqué à la Société de biologie la description d'une très curieuse tumeur du sein que M. Robert avait enlevée, avec mon aide, chez une jeune femme. Toute la mamelle était hypertrophiée, le tissu fibreux prédominait; la masse pesait environ trois livres. Les conduits galactophores, considérablement dilatés dans l'intérieur de la tumeur, allaient en s'effilant au voisinage du mamelon, et dans ce point ils avaient complétement disparu; de telle sorte que toute connexion étant abolie entre la tumeur, d'une part, la peau, le mamelon et les organes voisins d'autre part, on aurait pu croire que la tumeur était tout à fait distincte et procédait d'un néoplasme accidentel, si, se fiant seulement à la facilité d'énucléation, on avait méconnu ce fait important de la disparition spontanée des conduits galactophores.

M. Giraldès. Il y a dans toute cette discussion un fait d'anatomie normale oublié, c'est qu'il existe à la périphérie du sein des lobules glandulaires isolés, sortes de *vasa aberrantia*, qui, en se développant, peuvent former des tumeurs en apparence primitivement isolées de la glande.

M. Giraldès ne s'accorde point avec M. Verneuil sur l'étiologie des grands kystes, qui sont tapissés à leur intérieur d'épithélium mammaire.

M. Morel attaque la dénomination d'hypertrophie partielle appliquée à ce que M. Velpeau appelle *tumeur adénoïde*. Cette prétendue hypertrophie partielle ne ressemble point par son tissu à celui de la glande mammaire; si d'ailleurs, l'on appelle hypertrophie la tumeur adénoïde, comment désignera-t-on l'hypertrophie générale ?

M. Verneuil soutient l'identité de structure entre le tissu mammaire et celui des tumeurs adénoïdes.

M. Lenoir revient à l'origine de cette discussion, l'écoulement sanguin par le mamelon. Pour que, selon lui, ce fût un signe clinique de quelque valeur, il faudrait qu'on le rencontrât seulement dans ces cas de tumeur mammaire chronique, et toujours dans ces cas. Or, cela n'est point. On voit des cancers du sein avec écoulement sanguin par le mamelon, et ce signe ne se rencontre pas dans un certain nombre de tumeurs adénoïdes. Depuis deux ans M. Lenoir a vu quatre cas de

tumeurs adénoïdes où ce phénomène n'existait point. En résumé, cet écoulement séro-sanguin par le mamelon ne peut prétendre à être un signe pathognomonique.

M. MOREL rappelle aussi avoir vu un cas d'écoulement sanguin par le mamelon où il ne s'agissait pas d'une tumeur adénoïde, mais d'un simple épanchement de sang dans la mamelle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. FOLLIN.

Séance du 9 mai 1855.

Présidence de M. HUGUIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. ROBERT présente à la Société un enfant auquel il a pratiqué l'opération du bec-de-lièvre à l'aide du procédé dont il a déjà entretenu la Société.

— M. DENONVILLIERS montre un malade qu'il a opéré d'un cancroïde de la joue un peu en dehors de l'aile du nez, en enlevant la partie malade et réparant la perte de substance par déplacement d'un lambeau pris sur les parties latérales.

— Le même membre fait voir une jeune fille chez laquelle existe une énorme perte de substance de la joue droite. Cette lésion a succédé à une gangrène survenue à l'âge de treize ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. Les arcades dentaires droites, n'étant plus soutenues par la joue, sont projetées en dehors. M. Denonvilliers expose la marche qu'il doit suivre pour restaurer successivement la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et l'aile du nez. Cette malade sera plus tard présentée de nouveau à la Société.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture d'une lettre adressée par M. le secrétaire de l'Académie royale de médecine de Belgique. Ce corps savant propose à la Société d'échanger ses Bulletins et ses Mémoires.

A la suite de cette communication, M. Huguier, après avoir fait ressortir combien ces nouvelles relations sont honorables, charge M. le

secrétaire général de remercier M. le président de l'Académie royale de Belgique au nom de la Société.

— M. LE PROFESSEUR SÉDILLOT fait hommage de la deuxième partie de son *Traité de médecine opératoire.*

— M. BROCA dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Rizzoli, pour obtenir le titre de membre correspondant, dix mémoires sur divers points de chirurgie et de médecine opératoire. (Commission: MM. Larrey, Lenoir et Broca.)

— La Société reçoit la collection complète du *Journal de médecine et de chirurgie de Prague.*

LECTURES.

Étranglement interne datant de deux mois et demi. Opération de gastrotomie pour l'établissement d'un anus contre nature par la méthode de Littre. Mort au bout de trente-six heures. Autopsie. — M. CHASSAIGNAC communique à la Société l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Eugène Nélaton, interne des hôpitaux.

La nommée Champenois, quarante-six ans, marchande de vin, entre à l'hôpital Lariboisière en avril 1855.

Cette femme, dont la santé est habituellement très bonne et dont les selles étaient régulières, les vit tout à coup se supprimer, il y a deux mois, à la suite de coliques très vives survenues spontanément et brusquement au milieu de la nuit. Ces coliques, accompagnées de gargouillement très sonore et de ballonnement du ventre, n'ont pas cessé de se reproduire pendant toute la durée de la maladie. Elles reviennent par accès le jour et la nuit à des intervalles qui varient de quelques minutes à un quart d'heure

Traitée chez elle pendant les six ou sept premières semaines, la malade garda le repos au lit, prit des bains, des lavements, des purgatifs répétés, eut recours à des fomentations, tantôt stimulantes, tantôt narcotiques sur le ventre, sans éprouver aucune amélioration. Les lavements ramenèrent dans les premiers jours quelques fragments peu abondants de matières solides; mais bientôt la malade ne rendit guère que l'eau du lavement plus ou moins colorée en jaune, présentant parfois de petites pellicules et un peu de sang.

Les purgatifs (calomel, Sedlitz, scammonée, etc.), administrés à diverses reprises, donnèrent lieu à quelques déjections alvines, mais furent en grande partie rejetés par la bouche.

Il y a trois semaines survinrent tout à coup et pour la première fois des vomissements de matières liquides, jaunâtres, fétides, qui se répé-

taient plusieurs fois par heure et ne s'arrêtèrent qu'au bout de vingt-quatre heures et après l'emploi de quelques fragments de glace dans la bouche.

Dix jours s'écoulèrent ainsi sans autres symptômes que la persistance opiniâtre de coliques revenant par accès et de la constipation; puis, à la suite d'une selle assez copieuse, déterminée par un purgatif, nouvelle attaque de vomissements répétés de même nature que les premiers et qui s'arrêtèrent également au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

C'est alors que la malade entra à l'hôpital Lariboisière dans une salle de médecine. Elle y resta huit jours, au bout desquels, nulle amélioration n'étant survenue, on jugea une opération nécessaire et on fit passer la malade en chirurgie.

A son entrée (7 avril) cette femme est en proie à une troisième attaque de vomissements qui a débuté la nuit dernière à trois heures du matin. Les vomissements reviennent environ toutes les heures. Ils ne sont pas précédés de nausées ni accompagnés d'un malaise bien notable. Ils sont constitués par une matière de la consistance d'une bouillie très claire, jaunâtre, peu odorante, bien que la malade nous dise avoir conscience de sa fétidité pendant le vomissement; elle ressemble tout à fait aux matières fécaloïdes de l'intestin grêle. Le ventre est volumineux, médiocrement tendu, non douloureux à la pression, rend un son tympanique, excepté dans la fosse iliaque droite, où l'on constate une demi-matité. Du reste, en ce point pas plus qu'ailleurs on ne peut découvrir aucune tumeur appréciable, bien que l'exploration soit assez facile et puisse être portée assez profondément. Toutes les quatre ou cinq minutes surviennent des coliques qui ne sont pas extrêmement vives, mais s'accompagnent d'une tension prononcée des parois abdominales, à la surface desquelles se dessinent parfaitement dans ces moments les sinuosités et les bosselures intestinales dilatées. Aucune trace de tumeur herniaire. Le toucher rectal ne fait reconnaître aucun obstacle appréciable.

Une particularité qui nous frappe tout d'abord, c'est l'espèce de tolérance qu'offre la santé générale de cette femme pour des accidents de cette nature et des causes d'épuisement aussi prolongées. Les forces sont en grande partie conservées; le pouls calme, régulier; le facies est normal et n'exprime ni la souffrance, ni l'abattement. Malgré la conservation de l'appétit pendant les cinq premières semaines, la malade n'osait point prendre d'aliments, de crainte de les vomir. Cependant le bouillon de poulet est assez bien supporté par l'estomac depuis

un mois. Bien qu'il n'y ait pas de dépérissement apparent bien notable, la malade dit avoir perdu beaucoup de ses forces et de son embonpoint.

Le 8, même état. — Bain; glace dans la bouche; douches froides ascendantes dans le rectum.

Le 9. Les vomissements ont cessé hier dans la matinée. Les douches n'ont point amené de matières; l'eau a été rendue simplement colorée en jaune. — On prescrit de nouvelles douches.

Le 10, dans le liquide rendu après les douches, nous constatons de petits flocons rougeâtres, de petites expansions membraniformes et quelques stries sanguines. — Les douches sont continuées les jours suivants; elles amènent de temps en temps de petits fragments de matières fécales de la grosseur d'une noisette.

Le 15, à onze heures du matin, vomissement de matières fécaloïdes, jaunâtres, peu odorantes, ressemblant à une purée très claire. Deuxième vomissement à midi; troisième vomissement à onze heures du soir.

Le 20. Depuis quelques jours la malade supporte assez bien les potages. Les selles restent toujours suspendues, malgré les lavements administrés chaque jour. Les coliques reviennent toutes les cinq ou six minutes, mais elles sont moins vives que les premiers jours de son entrée; la nuit, elles troublent rarement son sommeil.

Le 21. Trois vomissements de matières fécaloïdes dans la journée d'hier; ces matières sont toujours jaunâtres, presque inodores. La santé générale ne s'altère pas davantage. On attend de la nature tout ce qu'elle pourra faire avant de se décider à une opération d'anus contre nature.

Le 26. Hier, vomissement liquide et jaunâtre accompagné de malaise. La malade commence à s'affaiblir sensiblement. Le moment paraît arrivé de tenter quelque chose pour elle; elle le désire elle-même vivement.

Le 27, inhalation de chloroforme faite avec précaution; incision de 5 à 6 centimètres au voisinage de l'épine iliaque et parallèlement à l'arcade crurale. On procède couche par couche, et l'on rencontre enfin le péritoine. On l'incise sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Alors apparaissent dans la fosse iliaque deux ou trois circonvolutions intestinales qui ne sont pas très volumineuses et n'offrent aucune tendance à faire saillie dans la plaie. M. Chassaignac porte alors le doigt dans l'abdomen, et après quelques recherches ramène au dehors l'anse qui lui paraît au toucher la plus volumineuse. Celle-ci peut avoir de 4 à 5 centimètres de diamètre; ses parois sont très épaisses, résistantes, et comme fibro-cartilagineuses. On passe dans le mésentère un fil double,

que l'on fixe au dehors sur un morceau de sonde élastique; puis l'anse intestinale, d'un volume comparable à celui d'un gros œuf de dinde, est laissée à l'extérieur et recouverte d'un pansement simple. M. Chassaignac veut attendre la formation d'adhérences péritonéales avant d'ouvrir l'intestin.

Le soir, douleurs vives dans l'abdomen; point de vomissements. — Potion belladonée; emplâtre de belladone sur la partie gauche de l'abdomen. On ne dérange pas le pansement.

Le 28, les douleurs se sont beaucoup calmées après l'application de l'emplâtre. Le soulagement persiste ce matin. La malade est cependant très faible; les traits de la face sont amaigris, décomposés. Après avoir soulevé le pansement, on a sous les yeux une énorme masse intestinale du volume d'une tête de nouveau-né, laquelle masse a fait irruption au travers de l'ouverture depuis hier soir. Cette portion herniée a 2 ou 3 pieds de longueur; elle est rouge, enflammée, à parois épaissies, considérablement distendue par des gaz et des matières liquides. Son diamètre est de 2 pouces à 2 pouces et demi.

M. Chassaignac cherche en vain à réduire ; malgré une ouverture de deux à trois centimètres faite à l'intestin au voisinage du lieu où le mésentère a été traversé d'un fil, malgré l'évacuation d'un litre à un litre et demi d'une bouillie fétide, épaisse et jaunâtre, la réduction continue à être impossible.

Le chirurgien se décide à laisser l'intestin au dehors, le soutenant seulement par quelques compresses longuettes fixées à un bandage de corps; il espère qu'il pourra s'établir quelques adhérences péritonéales protectrices contre la péritonite purulente dont on est menacé.

Le soir, état général très grave; point de vomissements; douleurs abdominales médiocres; pouls filiforme; facies décomposé; respiration fréquente, anxieuse; voix éteinte, intelligence conservée.

A huit heures du soir, la malade succombe.

Autopsie 36 heures après la mort. — Toute la portion d'intestin restée au dehors offre une surface légèrement dépolie et rugueuse, d'une teinte rouge brun et même noirâtre en certains points; son aspect rappelle très bien celui que l'on constate le plus souvent à l'ouverture du sac dans une hernie étranglée; elle n'a point contracté d'adhérences avec le pourtour de l'orifice abdominal. L'intestin grêle, dont la plus grande partie, bien entendu, est restée dans l'abdomen, offre sur toute sa longueur une distension analogue à celle des anses herniées, si ce n'est plus considérable encore; il renferme également un liquide épais, jaunâtre et des gaz infects ; le péritoine enflammé est le siége d'arbo-

risations vasculaires nombreuses et renferme un verre de sérosité purulente.

Dans la fosse iliaque droite, on découvre l'étranglement intestinal. Son siége précis est à l'extrémité terminale de l'intestin grêle, au moment où il se jette dans le cœcum. Masqué en partie, à l'ouverture de l'abdomen, par des pelotons graisseux infiltrés de lymphe plastique et par un prolongement du grand épiploon qui vient adhérer intimement en ce point de l'intestin, on reconnaît par l'enlèvement et la dissection de la pièce qu'il est ainsi constitué.

L'appendice vermiforme du cœcum, né en arrière de celui-ci, se dirige en haut et en avant de manière à recouvrir la demi-circonférence supérieure du calibre de l'intestin grêle dans l'angle rentrant qu'il forme par sa jonction avec le gros intestin. Cet appendice est là fortement adhérent ; il est très dilaté, il peut avoir un centimètre de diamètre en certains points. Ses parois sont amincies, presque transparentes, distendues par une grande quantité de mucus gélatiniforme accumulé dans son intérieur, bien que la communication avec le cœcum ne soit pas complétement interrompue. L'épiploon paraît être l'agent principal de l'étranglement. Adhérant à l'extrémité terminale de l'intestin grêle en même temps qu'à l'appendice vermiforme qu'il recouvre en partie, il envoie en arrière un prolongement en forme de languette fibro-adipeuse qui contourne la partie postérieure et inférieure de la circonférence du petit intestin en lui adhérant intimement, de manière à aller jusqu'à la rencontre du mésentère et à former la presque totalité d'un anneau constricteur qui étrangle véritablement le tube intestinal. Celui-ci cependant n'est pas complétement oblitéré en ce point ; il est possible en effet de faire pénétrer, non sans quelque difficulté, un corps cylindroïde, de la grosseur d'une plume d'oie, au travers de la partie étranglée, laquelle néanmoins, à cause de quelques sinuosités ou replis valvulaires, ne se laisse aucunement traverser par une certaine quantité d'eau versée dans le bout supérieur.

Le cœcum, le côlon offrent à peine huit à dix lignes de diamètre et sont tapissés à leur surface interne par des mucosités grisâtres.

— M. le docteur Davat, médecin de l'établissement thermal d'Aix (Savoie) et membre correspondant de la Société, lit une note explicative sur le travail qu'il a présenté à la Société, intitulé *De la valeur des eaux thermales d'Aix sur les maladies osseuses.*

L'idée de ce travail, comme son point de départ, ont eu pour base l'action des sources minérales diverses de cette ville sur la croissance rapide des enfants qui s'y baignent.

Il s'accomplit chez eux un phénomène d'ostéogénie remarquable qui n'a pu lui laisser de doute à l'endroit de la puissance de ces eaux sur la formation osseuse, soit que cette formation soit liée à une absorption des éléments minéraux contenus dans les sources, soit que la puissance thermale ne fasse que déterminer l'assimilation des éléments osseux existant dans le torrent circulatoire.

S'appuyant ensuite sur ce fait, qu'un os dépouillé de périoste, soit à l'aide du feu, soit à l'aide d'une macération longtemps prolongée dans de l'eau vive, absorbe (si, desséché, on le plonge dans un liquide) et se charge d'un poids beaucoup plus considérable que l'os sur lequel le périoste est conservé (qui s'imbibe simplement), il conclut à la pénétration du périoste externe et médullaire dans les couches osseuses; considère ce périoste comme le siége primitif le plus fréquent des maladies des os, et établit la classification qu'il a suivie dans l'étude des maladies qui le frappent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Cloquet montre un petit calcul duquel sortent des poils lanugineux.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 16 mai 1855.

Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Jarjavay présente une petite fille atteinte de tumeur érectile traitée par la cautérisation avec une aiguille rougie à blanc. Il existe une amélioration notable.

—M. Richet présente un malade qui, entré à l'hôpital pour un cancroïde de la base de la langue, a vu cette tumeur subir une élimination spontanée. Il s'agissait bien d'un cancroïde, car on trouva dans un petit fragment de la tumeur un mélange de tissu fibro-plastique et de cellules épithéliales. Il reste aujourd'hui une cicatrice indurée sur la partie latérale droite de la langue; mais il existe en même temps une tumeur dure à la partie postérieure du maxillaire inférieur. M. Richet demande l'avis de ses collègues sur ce qu'il serait utile de faire dans ce cas.

M. Michon est d'avis de ne rien tenter de chirurgical. Peut-être pourrait-on continuer l'usage de la liqueur de Fowler, pendant l'usage de laquelle la tumeur s'est éliminée.

M. Robert partage l'avis de M. Michon ; car il existe dans le plancher buccal des indurations et des infiltrations morbides. De plus, on trouve des ganglions indurés.

M. Robert a vu un cas de guérison spontanée d'un cancroïde de la langue à la suite d'un accès de fièvre pernicieuse. Il y eut élimination de la tumeur ; une cicatrisation s'opéra, et on ne trouva plus aucune trace de cancer. Mais six mois après, il survint un ganglion induré dans la région sous-maxillaire ; puis ce ganglion augmenta de volume et le malade se tua.

M. Robert ne saurait dire ce qui s'est passé dans le cancer de la langue. Peut-être s'était-il opéré là quelque gangrène superficielle ; mais pendant l'accès de fièvre pernicieuse on s'est peu occupé de l'état de la langue.

M. Larrey pense aussi qu'une opération ne serait pas motivée dans le cas dont il s'agit, en raison d'abord de l'élimination qui s'est faite spontanément de la tumeur de la langue ; en raison ensuite du peu de développement de la tumeur sublinguale, qui pourrait bien arriver à la même terminaison, et à cause de la disparition d'un ganglion sous-maxillaire engorgé ; à cause enfin du désir exprimé par le malade de se soustraire à une opération sanglante. Ajoutons à cela, dit-il, les chances de récidive si fréquentes et si redoutables des affections cancroïdes ou cancéreuses de la langue soumises à l'extirpation. Tous les chirurgiens pourraient en citer des exemples.

M. Larrey en a, pour sa part, observé quelques-uns, notamment celui d'un ancien médecin militaire, opéré il y a deux ans par M. Maisonneuve, et qui a succombé quelque temps après.

Un cas analogue existe actuellement au Val-de-Grâce chez un ancien sous-officier. Le mal existe depuis un an ; il intéresse la moitié antérieure de la langue ; il se complique d'adhérences au plancher de la bouche et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. M. Larrey, sans espérer une élimination par gangrène, essayera les moyens les plus simples avant de se décider à une opération ; mais auparavant il présentera le malade à la Société afin de s'éclairer de l'avis de ses collègues.

M. Huguier émet l'opinion que dans le cas de M. Richet il pourrait bien s'agir d'un cancroïde et d'une gomme, dont l'élimination s'expliquerait assez bien.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

La Société procède à la nomination de deux commissions, l'une pour le prix de la Société, l'autre pour le prix Duval. La première est composée de MM. Bouvier, Robert, Boinet; la seconde, de MM. Broca, Guérin, Verneuil. M. Marjolin est adjoint à cette dernière.

RAPPORT.

M. Bouvier lit le rapport suivant sur un travail envoyé par M. Gillebert d'Hercourt.

M. le docteur Gillebert d'Hercourt a envoyé à la Société de chirurgie plusieurs mémoires, en exprimant le désir d'être nommé membre correspondant. Votre commission se propose de vous faire un rapport collectif sur ces travaux ; mais elle m'a chargé, en attendant, de vous présenter un rapport particulier sur le travail spécial ayant pour titre : *Luxation coxo-fémorale congénitale simple, réduite heureusement sur une petite fille de quatre ans et demi; exposé pratique et raisonné de la méthode de Pravaz.*

Nous venons, en conséquence, MM. Follin, Debout et moi, vous rendre compte de l'observation de réduction d'une luxation congénitale du fémur et de l'exposé de la méthode de Pravaz, adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Gillebert d'Hercourt.

Avant d'entrer en matière, je vous demande la permission d'établir nettement ma position particulière à l'égard des questions que ce travail soulève.

J'ai nié la réductibilité des luxations fémorales congénitales; j'ai nié la réalité des réductions annoncées par quelques honorables confrères, et en particulier par notre bien regrettable collègue Pravaz. Mais j'ai toujours été prêt, comme je le suis encore, à renoncer à ma manière de voir en présence de preuves sans réplique. Aucun motif personnel ne gêne ma liberté d'action sous ce rapport ; et, loin qu'il m'en coûtât de rétracter mes opinions, je m'estimerais très heureux d'avoir à proclamer une nouvelle conquête de l'orthopédie et le triomphe des principes que j'ai repoussés jusqu'ici. C'est donc avec une entière indépendance et l'esprit dégagé de toute prévention que je vais examiner le mémoire qui vous est soumis ; s'il avait pu en être autrement, je n'eusse pas accepté la délicate fonction de rapporteur.

Je le déclare, en outre, dans aucun de mes actes, je n'ai songé à mettre en suspicion la probité scientifique de Pravaz, à porter atteinte à sa mémoire, et, tout en récusant ses faits et ses doctrines, je rends

sincèrement hommage à la droiture de son caractère et à son amour de la vérité.

Cela dit, abordons le nouveau travail de son honorable successeur.

L'observation rapportée par M. Gillebert d'Hercourt peut se résumer comme il suit :

Fille de quatre ans et demi ; luxation congénitale du fémur droit caractérisée par la claudication particulière à ce vice de conformation, par un raccourcissement de 26 millimètres, par l'élévation et la saillie du grand trochanter, le peu d'étendue du mouvement d'abduction, la facilité anormale de la flexion, l'ensellure lombaire, le mouvement de bascule de la tête du fémur perçu par la main appliquée à la fesse dans un mouvement combiné de flexion, d'adduction et de rotation, enfin par la dépression de la région inguinale, où le tact constatait l'absence de la tête fémorale ; extension préparatoire dans la position horizontale, pendant quatre mois ; au bout de ce temps, trois tentatives de réduction à des intervalles très rapprochés ; après la dernière, signes de réduction produite ; pressions continues sur les hanches, abduction permanente ; tous les jours, légers mouvements de rotation imprimés au membre et accompagnés de pressions sur le grand trochanter ; bains d'air condensé ; six semaines après la *réduction*, exercice journalier des membres inférieurs sur un char horizontal, à bielles, roulant sur un rail-way ; trois mois plus tard, essais graduels de progression, d'abord à l'aide d'un char à béquilles, puis avec le secours d'une main étrangère, et enfin sans appui ; on termine en permettant à l'enfant de s'asseoir, au bout d'un an de traitement ; à cette époque, *on ne retrouve plus aucun signe de luxation.*

Ici, messieurs, commence pour votre rapporteur une tâche qui n'est pas sans difficulté. Il s'agit d'apprécier des faits que votre commission n'a pu contrôler, de découvrir dans le seul récit de l'auteur jusqu'à quel point ses sens l'ont bien servi, jusqu'à quel point ils peuvent l'avoir abusé.

Voici plus de vingt ans que l'on tente de réduire les luxations congénitales du fémur, et l'on n'y a pas encore réussi une seule fois à Paris. On parle, au contraire, d'une trentaine de guérisons obtenues à Lyon. Est-ce qu'il faudrait dire de la possibilité de cette réduction ce que Pascal disait de la justice humaine, qu'*une rivière ou une montagne borne*, *vérité au delà de*.... la Loire, *erreur en deçà ?* Serait-ce à sa méthode particulière que Pravaz aurait dû les succès qu'on lui attribue ? Mais il y a huit ans qu'il a fait connaître cette méthode, et les

nouveaux essais qu'on en a faits dans notre ville n'ont pas été plus heureux.

Une luxation traumatique du fémur est irréductible après un petit nombre de mois ou même de semaines, quoique les éléments de l'articulation normale subsistent ou qu'ils soient peu altérés. Après ce qu'on observe dans ce cas, on devrait assurément considérer comme un miracle de l'art la réduction de luxations fœtales ou embryonnaires quatre, cinq, six, dix, douze, quinze ans après la naissance, alors qu'on retrouve à peine les éléments articulaires, heureusement suppléés par une organisation nouvelle solide, qu'il faut d'abord détruire avant de songer à rétablir les rapports normaux. Sans doute la science a enfanté tant de prodiges depuis un demi-siècle, qu'il serait téméraire de vouloir poser les limites de sa puissance; mais plus un fait de cette nature s'éloigne de ce que notre faible raison peut concevoir, plus on est en droit d'exiger que sa réalité soit rigoureusement démontrée. « On souhaiterait, dit Voltaire, pour qu'un miracle fût bien constaté, » qu'il fût fait en présence de l'Académie des sciences de Paris, ou de » la Société royale de Londres et de la Faculté de médecine. » N'est-il pas permis de former le même vœu à l'égard des réductions dont il s'agit ?

Ces réflexions justifieront, je l'espère, quelques unes des remarques que je vais présenter.

La méthode de Pravaz, suivie par M. Gillebert d'Hercourt, comprend deux périodes. La première a pour objet d'abaisser la tête du fémur, en surmontant par des tractions continues la résistance des muscles et des ligaments rétractés. Ce résultat préliminaire est indispensable au succès des manœuvres de réduction. A-t-il été obtenu dans l'observation de M. Gillebert d'Hercourt ? L'auteur n'en fournit aucune preuve; il se borne à dire qu'après les quatre mois d'extension préparatoire, la *tête du fémur parut suffisamment abaissée.* Notre confrère ne nous dit pas quelle était la direction transversale du bassin par rapport à l'axe du tronc avant, pendant et après cette partie du traitement, et cependant on sait avec quelle facilité le bassin obéit aux tractions exercées sur l'un des membres inférieurs. On sait que l'abaissement de l'ilium correspondant est à peu près inévitable, malgré les moyens de contre-extension, quand les tractions sont continues et qu'elles rencontrent une grande résistance dans les liens naturels du fémur. Or on peut croire dans ce cas à une descente de la tête fémorale le long de l'ilium, bien que ses rapports avec cet os n'aient point changé. Cette erreur, que des hommes très éminents ont commise, a-t-elle été évitée par

l'auteur de l'observation ? Le silence qu'il garde sur les précautions qu'il a pu prendre pour s'en garantir nous met dans l'impossibilité de rien assurer à cet égard.

Dans la seconde période du traitement, on réduit la luxation et l'on *consolide* les nouveaux rapports articulaires.

Les manœuvres de réduction ressemblent à celles que l'on emploie pour les luxations traumatiques. Seulement on n'a point les mêmes signes pour reconnaître si elles sont couronnées de succès. Cependant, après sa troisième tentative, l'auteur *demeura convaincu que la tête fémorale occupait bien le lieu d'élection.* Sur quoi se fonde cette conviction? Sur ce que la *vacuité* de l'aine aurait disparu, sur ce que la tête du fémur serait venue y faire *saillie*, se serait de plus en plus rapprochée de l'artère fémorale, sur ce qu'on l'aurait sentie rouler sous les doigts dans la rotation de la cuisse en dehors. Cette sensation perçue dans la région inguinale est, suivant Pravaz et M. Gillebert d'Hercourt, le *signe le plus certain*, le *signe univoque* du retour de la tête du fémur dans le cotyle, comme de sa présence normale dans le même lieu chez les sujets bien conformés. Je me suis demandé, à ce sujet, si j'étais dépourvu d'un sens qui serait très développé chez nos confrères de Lyon; car je n'ai jamais pu parvenir à percevoir par le tact le roulement de la tête du fémur à l'aine dans l'état normal. Je n'ai pas tardé à reconnaître que je n'étais pas le seul, à Paris, pour qui cette sensation fût obtuse. D'habiles confrères, des internes distingués de nos hôpitaux ont recherché sous mes yeux, sans plus de succès, ce signe *si certain* de la présence de la tête fémorale dans le cotyle. Je souhaite vivement que mes honorables collègues de la Société de chirurgie veuillent bien, à leur tour, consulter leurs sens depuis longtemps exercés à tous les genres d'exploration ; le résultat de leur examen nous apprendra sans doute ce qu'il faut penser de cette différence d'appréciation d'un fait matériel. En attendant, il me sera permis d'exprimer quelques doutes sur l'existence d'un phénomène dont je n'ai pu constater la réalité. Ne serait-il pas possible que Pravaz et l'auteur de l'observation s'en fussent laissé imposer par quelque apparence trompeuse? Il est bien vrai que les parties molles de l'aine sont un peu plus excavées, soit à la vue, soit au tact, par suite de l'absence de la tête du fémur luxée sur l'os iliaque; que le creux inguinal doit sembler, au contraire, plus rempli, si l'os est ramené à sa situation normale. Mais que de causes d'erreur, si l'on prétend déterminer la position de l'os par ce seul caractère! Un peu plus ou un peu moins d'embonpoint, une légère différence d'extension ou de flexion de la cuisse, la contrac-

tion, le soulèvement, le gonflement de quelque muscle, peuvent faire croire le contraire de ce qui existe. La tête fémorale n'est-elle pas trop profondément située, n'excède-t-elle pas de trop peu le bord du cotyle, pour faire sentir avec certitude, à la vue ou au toucher, sa présence et ses mouvements dans cette région ?

Un fait dont j'ai été témoin prouve la facilité des méprises en pareil cas ; il appartient à Pravaz lui-même. On lit dans son ***Traité des luxations congénitales du fémur*** (p. 195) que la nièce d'un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine lui a présenté, après la réduction présumée de deux luxations fémorales dont elle était atteinte, « la sensation que la tête du fémur fait éprouver au toucher lorsqu'on » presse sur la région inguinale en même temps que l'on imprime au » membre un mouvement de rotation en dehors », et, d'après ce signe, la guérison lui parut indubitable. Or cette jeune personne, pour laquelle j'avais été consulté avant le traitement, fut examinée, après la cure, par une commission de l'Académie de médecine nommée, sur la demande de Pravaz, dans la séance du 21 septembre 1841. Je faisais partie de cette commission avec mon bien vénéré maître Marjolin, avec Blandin, Breschet, Nacquart, MM. Gerdy, Velpeau. Je reconnus, pour mon compte, la persistance des deux luxations, caractérisées par tous les symptômes que j'avais observés avant le traitement. Le signe de Pravaz l'avait trompé. Comment serions-nous, après cela, en mesure d'affirmer que la même erreur n'a pu être commise par M. Gillebert d'Hercourt dans le fait qu'il nous a soumis ?

Pour établir le résultat définitif du traitement après les manœuvres employées pendant plusieurs mois dans le but de ***consolider les nouveaux rapports articulaires***, notre honorable confrère décrit l'état où se trouve aujourd'hui l'enfant.

Diverses mesures ont été prises sur le membre sain et sur le membre malade, avant et après la cure. Il est à regretter que toutes ne soient pas comparables, que, par exemple, on ait mesuré avant le traitement la distance de la crête iliaque au grand trochanter, et qu'on n'ait pas répété cette mensuration plus tard ; qu'au contraire on ait songé seulement après la cure à mesurer la distance du milieu du sacrum au trochanter, qu'on n'avait point déterminée auparavant.

Quelques-unes de ces mesures paraissent se contredire. Ainsi, le fémur, mesuré du grand trochanter au condyle externe, a été trouvé plus court d'un centimètre du côté luxé ; il y avait en outre, dit-on, 25 millimètres de moins entre la crête iliaque et le sommet du grand trochanter, ce qui aurait dû faire un raccourcissement total de 35 milli-

mètres, et cependant la mensuration de la totalité du membre, de l'épine iliaque à la vérité, non de la crête, à la malléole externe, n'a donné que 26 millimètres en moins pour le côté affecté. Il a dû se glisser ici quelque erreur, et cela ne surprendra pas ceux qui savent toute la difficulté de ces mensurations, surtout chez les enfants. Après le traitement, la différence de longueur des deux fémurs n'était plus, suivant M. Gillebert d'Hercourt, que d'un demi-centimètre, et il est porté à croire que l'os du côté malade avait pris plus de développement que l'autre. Cette explication est peu en rapport avec la marche connue de ces sortes d'atrophie en longueur, et il nous semble plus naturel de penser que la mensuration n'aura pas été faite exactement de la même manière aux deux époques.

Malgré cette différence d'un demi-centimètre que présentaient encore les fémurs après la cure, les deux membres étaient d'égale longueur, ce qui est dû, suivant l'auteur, au peu de profondeur du cotyle, dans lequel la tête fémorale était moins enfoncée que du côté sain. S'il en eût été ainsi, la distance de l'épine iliaque au sommet du grand trochanter eût été plus grande du côté malade, et l'auteur dit l'avoir trouvée égale à droite et à gauche. Ici encore ce défaut de concordance nous paraît s'expliquer plus naturellement par la facilité avec laquelle la mensuration, répétée même avec soin, peut donner des résultats qui varient d'un demi-centimètre, d'un centimètre et davantage.

Nous signalerons une autre preuve de cette incertitude des résultats de la mensuration, lorsqu'il s'agit d'apprécier des différences peu considérables. Le tableau des mesures prises avant le traitement porte 75 millimètres pour la distance de l'épine iliaque au sommet du grand trochanter *du côté sain;* cette distance n'est que de 70 millimètres après le traitement. Il serait assurément difficile d'expliquer cette diminution d'un demi-centimètre autrement que par ces variations indépendantes de la volonté du praticien, dont je parlais tout à l'heure.

L'auteur reconnaît que le grand trochanter est encore saillant, et il constate que, du côté affecté, cette éminence osseuse est plus distante d'un centimètre de la ligne médiane du sacrum. Il trouve, au contraire, de ce même côté, 1 centimètre de moins que du côté sain, entre le grand trochanter et la ligne médiane antérieure. La cause de cette différence réside, suivant lui, dans une déformation du bassin, déterminée par la luxation. On peut opposer à cette interprétation que les déformations de ce genre n'ont point été observées à l'âge de cet enfant (quatre à cinq ans); qu'il est probable qu'elles n'existent pas encore à

cette époque, ou qu'elles sont trop légères pour donner lieu à de semblables résultats. En outre, la mensuration avant le traitement a donné 2 centimètres de plus du côté luxé pour l'éloignement du grand trochanter de la ligne médiane; et puisque la déformation du bassin aurait dû, au contraire, produire une différence d'un centimètre au moins, cela porte la saillie du grand trochanter à 3 centimètres. L'influence de la forme du bassin devait même être plus grande, puisqu'il en est résulté après le traitement 1 centimètre en moins, malgré une *légère saillie* que faisait encore le grand trochanter; d'où l'on voit qu'en portant celui-ci en dehors et en arrière, la luxation l'aurait écarté de la ligne médiane antérieure d'au moins 3 à 4 centimètres. Or, en raison de la proportion des parties à cet âge, et du siége présumé de l'articulation anomale, une pareille supposition est fort invraisemblable. Il l'est beaucoup moins d'admettre quelque inexactitude dans la mensuration.

M. le docteur Gillebert d'Hercourt insiste, pour démontrer le rétablissement des rapports articulaires normaux, sur l'égalité de longueur des deux membres, et sur le rapprochement du grand trochanter de la ligne médiane. Cette dernière circonstance serait plus probante si l'écartement du grand trochanter avait complétement disparu, comme cela devrait avoir lieu dans une réduction véritable, et si l'on ne savait que le seul abaissement du bassin, du côté luxé, suffit pour rendre cet écartement beaucoup moins sensible.

L'inclinaison du bassin rétablit de même en apparence l'égalité de longueur des deux membres, qu'on a crue plus d'une fois réelle, parce qu'on méconnaissait cette inclinaison. Il semble que la mensuration doive toujours préserver de cette erreur. Mais si le bassin est oblique, et surtout si l'on ne se fait pas une juste idée de sa direction, on peut placer le ruban sur des points qui ne sont pas parfaitement correspondants à droite et à gauche, et attribuer au membre malade plus de longueur qu'il n'en a réellement. Une autre cause a pu faire illusion dans le cas particulier qui nous occupe. La flexion de la cuisse paraîtrait avoir été plus marquée avant qu'après le traitement, et le seul changement d'attitude du membre par suite des efforts exercés sur les muscles et les ligaments a pu augmenter la distance de l'épine iliaque à la partie inférieure de la jambe, sans qu'un changement réel de situation de la tête du fémur fût pour rien dans cet allongement apparent. Que ces suppositions soient fondées ou non, nous pensons qu'avec les chances d'erreur que présente la mensuration des membres inférieurs chez les enfants dans l'état pathologique, qu'après les inexacti-

tudes très probables que j'ai déjà signalées dans les mesures indiquées par M. Gillebert d'Hercourt, nul ne voudrait assurer, sans l'avoir vérifié par lui-même, que le membre a recouvré sa longueur normale, et que conséquemment la luxation est réduite. Votre rapporteur, en particulier, est d'autant moins disposé à accepter à cet égard sans contrôle le témoignage d'autrui, qu'il ne peut avoir oublié qu'en 1839, à l'occasion du jeune F..., présenté par Pravaz comme un exemple de guérison d'une luxation fémorale congénitale, il acquit, par une exploration directe, la conviction de la persistance de la luxation et de l'existence d'un raccourcissement sensible du membre, déclaré néanmoins *plus long, ou au moins aussi long* que le membre sain par une commission de l'Académie de médecine, dont notre savant collègue, le professeur Gerdy, était l'organe (1).

M. Gillebert d'Hercourt dit que sur l'enfant qui fait le sujet de sa communication, « on ne peut plus, comme autrefois, faire basculer la » tête du fémur dans la fosse iliaque externe. » Ceci demandait quelque explication. On ne sent pas, la plupart du temps, la tête du fémur *basculer* sur la face externe de l'ilium; seulement cette tête, qu'on ne découvre pas ordinairement par l'exploration de cette région, quand la cuisse est étendue et immobile, se fait presque toujours sentir au tact, dans une forte rotation en dedans, et surtout dans une forte flexion du membre, parce qu'elle change alors de situation et qu'elle devient plus accessible aux doigts de l'observateur. La saillie qu'elle forme est d'ailleurs plus ou moins distincte, et peut échapper, dans certains cas, à des recherches insuffisantes. Nous aurions désiré trouver dans le récit de l'auteur quelques détails sur celles auxquelles il a dû se livrer, avant et après le traitement, pour constater d'abord la présence de cette saillie, puis son absence complète dans des *attitudes identiques* du membre. La description de l'état antérieur porte, comme je l'ai rappelé dans l'analyse de l'observation, qu'il y avait « perception par les » doigts de l'observateur, à travers les téguments et les muscles fes- » siers, du mouvement de bascule de la tête du fémur, quand, portant » le membre dans une flexion et une adduction forcées, on lui impri- » mait des mouvements de rotation. » C'est sans doute par un mouvement semblable que l'auteur a cherché vainement, après la cure, à reproduire ce mouvement de bascule. Mais ici se présente un nouveau motif d'incertitude. M. Gillebert d'Hercourt nous apprend qu'un des effets du traitement a été de diminuer l'étendue de la flexion de la

(1) *Bulletins de l'Académie de médecine,* t. IV, p. 147.

cuisse, qui a perdu une partie de sa mobilité dans ce sens. On n'a donc pas pu, dans la recherche du mouvement de bascule, produire une flexion *forcée*, comme avant le traitement, et peut-être est-ce la seule cause de la différence des résultats de l'une et de l'autre exploration.

Je ne m'arrêterai pas à quelques signes de réduction encore plus équivoques que les précédents, tels que la plus grande étendue du mouvement d'abduction, l'effacement de l'ensellure lombaire, la diminution de la claudication. Nous ne pouvons juger du degré d'amélioration obtenu sous ces différents rapports, et, fût-il aussi prononcé que le langage de l'auteur semble l'indiquer, ce résultat, quelque avantageux qu'il puisse paraître, n'impliquerait point la guérison de la luxation; car de simples modifications dans la longueur des muscles et des ligaments, dans la direction du bassin, peuvent produire des changements analogues, sans que pour cela le fémur ait été replacé dans la cavité cotyloïde. J'ai dit que la claudication était seulement diminuée; suivant notre confrère, elle *n'existe plus*, mais la démarche tient de celle des enfants du premier âge, qui marchent en écartant les jambes et en *balançant légèrement le tronc*. Il nous est difficile de ne pas voir dans ce balancement un degré quelconque de claudication.

M. Gillebert d'Hercourt invoque à l'appui de son opinion sur la guérison de la luxation l'autorité de plusieurs praticiens distingués de Lyon, qui, après avoir examiné l'enfant au début du traitement, reconnurent, dit-il, un peu plus tard, l'exactitude des détails qu'il donne sur l'état du membre après la cure. Ces honorables témoignages ne prouveraient qu'une chose; c'est que, si l'auteur s'est trompé sur la nature du fait qu'il rapporte, il s'est trompé en bonne compagnie. Il est d'ailleurs évident qu'ils ne sauraient lever les doutes que fait naître la lecture de l'observation. Au reste, la conviction de deux de ces estimables confrères paraît moins arrêtée que celle de l'auteur. Ils ont paru préoccupés de la tendance que le membre conserve à se porter dans la rotation en dehors, ainsi que de cette moindre étendue de la flexion de la cuisse dont j'ai parlé plus haut. M. Gillebert d'Hercourt a donné l'explication de ces deux faits, afin de *dissiper les inquiétudes* qu'ils ont fait concevoir; il ne nous dit pas s'il y a réussi.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur reproduit, avec quelques amplifications, l'exposé que Pravaz a fait de sa méthode curative dans son *Traité des luxations congénitales du fémur*. Il s'efforce d'établir que cette méthode réunit toutes les conditions nécessaires pour obtenir la réduction, pour reconstituer l'articulation, rétablir ses mouvements, *façonner* par le frottement les pièces articulaires l'une

pour l'autre, creuser au besoin un nouveau cotyle dans le lieu qu'occupait l'ancien, enfin pour prévenir une récidive de la luxation. Tous ces résultats ont été produits, suivant notre honorable confrère, dans vingt-deux cas qu'il a rapportés dans un précédent mémoire. Nous n'avons pas mission d'analyser ici et de discuter ces faits ; nous dirons seulement qu'aucun d'entre eux n'est plus convaincant que celui dont nous avions à vous entretenir.

M. Gillebert d'Hercourt ajoute que ce traitement est d'une *parfaite innocuité*. Ce n'est pas tout à fait ce qu'on serait tenté de croire en lisant les observations de Pravaz. Celle de notre confrère lui-même porte que, pendant l'extension préparatoire, l'immobilité absolue de l'enfant eut pour conséquence le trouble des fonctions digestives, la perte d'appétit, la constipation. Après la deuxième tentative de réduction, il y eut de la chaleur à la peau, de l'agitation, de la difficulté d'uriner. Après la réduction présumée, retour de la dysurie, glandes inguinales engorgées et douloureuses. Dix jours plus tard, diminution de l'appétit; l'aine redevient douloureuse, ses ganglions s'engorgent de nouveau ; agitation la nuit, sommeil interrompu par des cris, tête chaude. Après la cessation de ces accidents, on fut encore obligé de ne pratiquer les pressions sur le grand trochanter que pendant de courts intervalles, *autrement la douleur de l'aine devenait très vive.* Quand l'enfant commença à marcher, ces mêmes souffrances dans l'aine la forçaient bientôt de s'arrêter, et elle éprouvait de la difficulté à poser le talon à terre. Je veux bien que ces divers troubles fonctionnels aient jusqu'ici promptement cédé aux moyens appropriés, que le bain d'air condensé, en particulier, ait toujours remédié aux mauvais effets de l'immobilité; cette altération de la santé, pour n'avoir pas encore eu de suites fâcheuses, en est-elle moins réelle?

Nous concluons, relativement au nouveau fait de réduction présenté par M. le docteur Gillebert d'Hercourt :

1° Qu'il n'est pas démontré que la luxation du fémur soit effectivement réduite ;

2° Que le traitement semble avoir produit quelque amélioration dans l'état du membre, mais que le temps seul apprendra si cette amélioration est réelle et durable.

Votre commission vous propose de remercier M. Gillebert d'Hercourt de sa communication, et de déposer son mémoire honorablement dans vos archives.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 23 mai 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Larrey fait voir un malade affecté d'une tumeur de la langue de nature épithéliale probablement. Toute la partie antérieure de l'organe est envahie; mais il y a une tendance marquée à l'élimination spontanée du produit morbide. Un sillon assez profond existe entre les parties saines et le tissu pathologique; des eschares assez volumineuses de ce dernier sont déjà détachées, et les adhérences de la tumeur au plancher buccal sont déjà détruites.

Plusieurs ganglions sous-maxillaires sont indurés. L'opération est donc peu indiquée, et il conviendrait peut-être d'abandonner le malade aux efforts spontanés de l'élimination.

Ce fait se rapproche de celui que M. Richet a présenté dans la dernière séance, et chez lequel le travail de séparation semble se continuer sous l'influence de l'usage intérieur de la liqueur de Fowler.

—M. Chassaignac montre un malade adulte qui présente une double luxation des deux radius. La partie supérieure des deux os de l'avant-bras est considérablement augmentée de volume ; l'olécrâne est élargi ; la tête du radius, également hypertrophiée, est rejetée en avant et en dehors.

La difformité est tout à fait symétrique et remonte à une époque très éloignée. A l'âge de dix ans, le malade s'aperçut que les mouvements de l'articulation étaient gênés, et ses parents lui dirent que la difformité remontait à la première enfance.

C'est ce qui a fait supposer à M. Chassaignac qu'il s'agissait d'une double luxation congéniale.

M. Morel-Lavallée reconnaît, en effet, une luxation de la tête du radius, une hypertrophie du cubitus ; mais il constate que si l'on vient à imprimer des mouvements à l'articulation, on perçoit des craquements, une espèce de crépitation rude. Ces derniers symptômes, joints à la déformation des extrémités osseuses, traduisent l'existence des lésions articulaires de l'arthrite sèche. Il a vu un cas absolument

semblable dans lequel il y avait de plus un corps étranger articulaire. Si dans le cas actuel cette complication ne manquait pas, l'identité serait parfaite.

M. Verneuil pense, au contraire, qu'il s'agit là d'une double luxation congéniale du radius avec malformation coïncidente de l'extrémité supérieure du cubitus. Il fonde son opinion sur la symétrie parfaite de la lésion des deux côtés, sur l'époque très éloignée à laquelle remonte le mal, sur la rareté telle de l'arthrite sèche dans le jeune âge, que jamais, jusqu'à ce jour, on n'en a rencontré d'exemple chez les enfants, et sur ce qu'il est bien avéré que la difformité des coudes date de la première enfance.

M. Houel trouve que la congénialité est très douteuse. Dans les vrais cas qui se rapportent à ce genre, l'extrémité supérieure du radius, au lieu d'être hypertrophiée, est, au contraire, réduite à de très petites proportions; la luxation de la tête du radius qu'on constate ici est la cause du grand développement qu'a pris le cubitus; car c'est une règle que lorsqu'un des deux os de l'avant-bras a perdu ses rapports avec l'humérus, l'autre s'hypertrophie très notablement.

M. Giraldès trouve également des arguments contre la congénialité et dans l'accroissement de volume de la tête du radius et dans les craquements dont les articulations sont le siége. Il croit plutôt qu'il s'agit là d'un affection rhumatismale chronique. Il a pu d'ailleurs se convaincre qu'un bon nombre de luxations réputées congéniales ne sont que des luxations pathologiques. Il y a certains pays, l'Irlande, par exemple, où le rhumatisme est extrêmement commun, même dans le jeune âge; et certainement là l'erreur a été plus d'une fois commise.

M. Ad. Richard croit qu'on a pris le symptôme pour la maladie. La luxation du radius n'est qu'un élément accessoire et consécutif. La lésion primitive est évidemment l'augmentation de volume de l'extrémité supérieure du cubitus, qui a chassé au dehors l'os voisin. La crépitation qu'on constate prouve également l'existence de l'arthrite sèche, à laquelle on doit, suivant lui, rapporter cette difformité.

M. Verneuil persiste dans son appréciation première. Il ne croit pas, comme M. Houël, que l'atrophie de la tête du radius soit la règle absolue dans les luxations congéniales. Il est possible que dans certains pays le rhumatisme chronique soit, comme le pense M. Giraldès, fréquent dans le jeune âge, et que l'on ait quelquefois confondu des luxations pathologiques avec des luxations congéniales. Mais pour pouvoir reconnaître cette cause dans le cas en question, il faudrait démontrer que le malade a eu une affection rhumatismale ancienne, puis-

que cette affection a sévi sur les deux seules articulations huméro-cubitales, et qu'elle y a laissé des traces pathologiques parfaitement symétriques. Or, ces renseignements manquent, puisque au contraire le malade n'a jamais souffert, et que les mouvements ont de tout temps été limités dans ces régions. Si c'est seulement à l'âge de dix ans que la difformité et la gêne des mouvements ont été remarquées par le sujet, cela ne détruit pas l'hypothèse de la malformation congéniale; car il n'est pas raro de voir les signes des luxations de cette espèce ne devenir manifestes et appréciables qu'assez longtemps après la naissance.

Une pièce qui est encore entre les mains de M. Denucé, et qu'il avait recueillie sur un enfant de deux ans environ, lui a offert les mêmes caractères : développement très grand de l'extrémité supérieure du cubitus, luxation du radius en dehors et en avant. Il n'y avait pas la moindre trace des lésions de l'arthrite sèche ni d'une inflammation articulaire quelconque; il y avait seulement malformation des extrémités articulaires.

M. Verneuil ne croit pas, comme M. Richard, que la crépitation prouve la nature primitive de la maladie; cette crépitation indique des rugosités des surfaces osseuses. On peut en conclure peut-être qu'il y a maintenant de l'arthrite sèche; mais cela ne veut nullement dire que cette arthrite ait toujours existé et qu'elle constitue le point de départ du mal. Il est fort commun, en effet, de voir les articulations anomales primitivement dépourvues de lésions organiques, et qui sont envahies plus ou moins tardivement par l'ensemble des lésions de cette arthrite chronique. Le fait se rencontre entre autres dans les luxations congéniales du fémur observées chez l'adulte quand la capsule, distendue, a été perforée, et que le fémur repose à nu sur l'os iliaque.

MM. Chassaignac et Bouvier appuient l'opinion de M. Verneuil. Les antécédents plaident pour la congénialité, et les arguments opposés à cette manière de voir sont tous très contestables.

M. Morel-Lavallée persiste malgré cela dans sa manière de voir; il est parfaitement fixé sur la nature du mal : la déformation, la luxation sont causées évidemment par une arthrite sèche.

RAPPORTS.

M. Verneuil fait un rapport verbal très favorable sur la traduction française du sixième livre de Paul d'Égine, par M. le docteur René Briau, et propose les conclusions suivantes :

1° La Société de chirurgie adresse des remercîments à M. le docteur Briau pour l'hommage qu'il lui a fait de son livre;

2° Elle l'engage vivement à continuer avec persévérance un travail dont elle apprécie les difficultés et le mérite, et qui est de nature à vulgariser la connaissance de la chirurgie ancienne.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Bouvier lit de nouveau les conclusions de son rapport sur le travail de M. Gillebert d'Hercourt.

Ces conclusions sont mises aux voies et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Follin montre une pièce d'hématocèle rétro-utérine trouvée chez une femme qui, le 20 décembre dernier, au milieu d'une santé assez bonne, fut prise de vives douleurs dans le ventre et d'une diarrhée sanguinolente qui dura une quinzaine. La moindre pression exagérait ces douleurs. Entrée le 5 février à la Charité, cette malade y est morte le 20 mai d'une phthisie pulmonaire. A l'autopsie on a trouvé :

1° Des taches bleuâtres, paraissant dues à du sang épanché, et répandues sur divers points de la séreuse abdominale;

2° Chaque trompe dilatée par un liquide épais, brunâtre, en grande partie formé par du sang. A droite, l'extrémité dilatée de la trompe se termine dans une masse sanguine jaunâtre, du volume d'un œuf, qui occupe la partie postérieure et latérale de l'utérus; à gauche, il n'y a point de tumeur en dehors de la trompe dilatée. Les ovaires sont assez volumineux, mais on ne trouve point d'épanchement sanguin à leur intérieur.

De l'examen de cette pièce, M. Follin conclut que l'hémorrhagie s'est faite dans la cavité du péritoine.

M. Giraldès rappelle que M. Bernutz s'est le premier occupé de ces hématocèles, avant M. Nélaton, auquel on semble aujourd'hui rapporter la connaissance première de ces lésions.

M. Huguier a vu de ces hématocèles dans les trompes, et chez une femme la tumeur avait acquis le volume d'une pomme. Dans d'autres cas, l'épanchement sanguin se fait sous l'enveloppe séreuse de l'ovaire; alors les hématocèles sont peu développées.

— M. Maisonneuve fait à la Société l'exposé de la nouvelle méthode d'urétrotomie qu'il a communiquée à l'Académie des sciences, et montre les divers instruments qu'il a fait construire à cet effet.

M. Vidal demande que la Société veuille bien mettre à l'ordre du jour de sa prochaine séance la question de l'urétrotomie, sur laquelle il importe que chacun dise ce qu'il sait. Cette proposition est appuyée.

— M. Chassaignac montre un encéphaloïde du testicule qu'il a enlevé le matin même.

— M. Lala présente une pièce de rupture traumatique du foie chez un enfant.

L'observation est renvoyée à une commission composée de MM. Houël et Marjolin.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Séance du 20 mai 1855.

Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 fr. à la Société de chirurgie.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre.

— M. Foucher adresse les ouvrages suivants :

Mémoire sur une variété de luxation de l'astragale;

Considérations sur le mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius;

Des déformations de la pupille, de leurs diverses causes et de leur valeur symptomatique.

Rétrécissement de l'urètre. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite dans la dernière séance par M. Maisonneuve.

M. Vidal. La courte communication que M. Maisonneuve a soumise à la Société fait l'objet d'un mémoire imprimé que tout le monde a entre les mains. On trouve dans ce mémoire deux points principaux qu'il convient de discuter à part :

1° Il s'agit de l'introduction dans les rétrécissements d'une bougie fine;

2° Cette bougie, ayant franchi le rétrécissement, sert de conducteur, au moyen d'un mécanisme très simple, à un instrument tranchant destiné à diviser l'obstacle d'avant en arrière; elle conduirait, à la ri-

gueur, tout autre instrument que l'urétrotome, c'est-à-dire un porte-caustique ou même un dilatateur brusque.

Le premier point domine la question, car franchir le rétrécissement est certainement le but le plus important, celui qui est souvent le plus difficile ; tous les rétrécissements ne sont pas franchissables, et il est arrivé à tous les chirurgiens d'échouer dans cette opération préliminaire, quelque patience que l'on y mît, quelque variées que fussent les manœuvres. Tantôt on essaye en vain avec une bougie filiforme, et c'est une grosse bougie qui passe, ou une bougie à boule, ou une bougie de cire; tantôt on pénètre en tordant le bout de la bougie, ou en lui imprimant une sorte de mouvement de vrille déjà recommandé par Desault. Dans un cas où tous les moyens avaient échoué, M. Vidal franchit l'obstacle en faisant le *tour de maître* et en exécutant une rotation, une sorte de mouvement de vrille, quoique cela paraisse difficile à obtenir avec un cathéter courbe et rigide.

D'autres fois on est obligé de recourir au procédé de Dupuytren, qui consiste, comme on le sait, à appuyer l'extrémité d'une bougie contre le rétrécissement. Il arrive parfois que celle-ci s'engage spontanément sans qu'on sache si c'est réellement par une action vitale, comme le croyait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ou par tout autre mécanisme.

Toujours est-il que, malgré toutes ces tentatives, on échoue encore assez fréquemment et qu'il existe des rétrécissements réellement infranchissables. Ce n'est pas parce que l'ouverture du point rétréci manque, mais bien parce qu'on ne peut pas s'y engager; on sait, en effet, que ce n'est que bien rarement qu'on constate l'oblitération complète de l'urètre, cette oblitération n'ayant été observée que dans des cas très exceptionnels d'abcès, de tumeurs péri-urétrales ou de fistules urinaires très anciennes, etc., etc.

Or cette difficulté très réelle, M. Maisonneuve l'a complétement passée sous silence ; il faut d'abord, dit-il, engager une bougie fine, et, lorsque cela est obtenu, on tient le rétrécissement, et l'affaire est faite. Rien n'est plus vrai ; mais il faut d'abord passer cette première bougie, il faut trouver moyen de conduire le conducteur de l'urétrotome. Il est à regretter que M. Maisonneuve n'ait rien dit de nouveau à cet égard, et qu'il se soit contenté de dire qu'il fallait recourir pour cela aux préceptes connus ; ces préceptes par malheur sont vagues et incertains. M. Maisonneuve aurait donc rendu un grand service en disant comment il s'y prend pour franchir tous les rétrécissements, car d'après le titre de son mémoire il ne paraît pas qu'il en ait rencontré d'infranchissables.

Mais supposons la bougie passée; on procède à la section; on n'a pas besoin de volumineux instruments comme ceux de M. Reybard, car on coupe d'avant en arrière, et c'est pour M. Maisonneuve un grand avantage.

Il faut d'abord observer qu'il existe deux variétés principales de rétrécissements : les uns inflammatoires, qui sont de véritables urétrites, qu'il faut traiter comme telles et qu'on ne peut songer à sectionner ; les autres dits organiques ou fibreux ; cette variété, si commune, a été très bien étudiée par M. Reybard, qui a reconnu dans le tissu qui les compose des propriétés remarquables, et entre autres une rétractilité incessante, énergique, qui agit sans relâche après la dilatation temporaire et qui, en un mot, assimile complétement ce tissu à celui des cicatrices.

Voici des rétrécissements que l'on peut couper; il est clair que le résultat immédiat de la section est avantageux ; l'ouverture est agrandie, le malade urine facilement. Mais est-il permis d'appeler cela la cure radicale ? L'incision qu'on vient de pratiquer dans ce tissu inodulaire lui ôte-t-elle ses propriétés de rétractilité ? Point du tout ; les incisions n'ont jamais modifié la tendance au retrait des cicatrices, et il suffit de rappeler ce qu'on obtient par ce moyen dans les coarctations des paupières, de la bouche, etc., etc. C'est l'extirpation du tissu cicatriciel et non pas son incision qu'il faudrait faire pour avoir la cure radicale. Ainsi le mot de *cure radicale* ne convient point à la simple incision que met en usage M. Maisonneuve.

Notre collègue, après l'urétrotomie, simplifie le traitement en supprimant la dilatation consécutive. Cette opération est suivant lui superflue, et pour preuve qu'il n'est pas besoin d'écarter mécaniquement les lèvres de l'incision, il cite pour exemple le méat urinaire, qu'on incise si souvent et qu'on élargit de cette façon sans introduire de sonde. L'exemple paraît mal choisi à M. Vidal, car lorsqu'il y a rétrécissement du méat à la suite d'un chancre ou de toute autre ulcération, l'incision n'empêche pas le rétrécissement de se reproduire avec beaucoup d'opiniâtreté, et quand le méat est sain son débridement est loin de réussir toujours à l'agrandir d'une manière permanente.

M. Vidal demande que cette discussion soit sérieuse, solennelle, parce que la dernière communication de M. Maisonneuve a fait sensation dans le corps médical, et même au dehors. Cette question a en effet le privilége d'intéresser vivement les gens du monde ; elle l'a eu de tout temps, et de dix ans en dix ans elle est remise à l'ordre du jour. Autrefois c'était Ducamp, un peu plus tard Mayor ; on ne parlait

alors que de la *guérison simple*. MM. Syme et Reybard sont venus, qui ont cherché et trouvé la *cure radicale*. Aujourd'hui il s'agit de la *cure radicale instantanée*; M. Maisonneuve a imaginé pour sa part l'*instantanéité*.

Un mot, en terminant, sur la méthode des grandes incisions. Il y a deux procédés principaux : M. Reybard les pratique de dedans en dehors; M. Syme suit la marche inverse. Or, M. Vidal n'est partisan d'aucun de ces procédés; la méthode en elle-même lui paraît vicieuse, car les deux procédés ont amené des désastres. L'opération de Syme a été violemment attaquée en Angleterre par MM. Attold et Lizars, qui ont rassemblé contre elle des faits accablants. L'opération de M. Reybard elle-même a eu des revers, et M. Vidal a vu des opérés qui étaient en état de récidive. Cependant s'il fallait se décider entre les deux, c'est à la pratique de M. Syme qu'il faudrait donner la préférence. Elle est grave, sans doute, mais au moins elle est sûre dans son manuel et logique dans sa conception; on n'agit point au hasard. En ayant sous les yeux le tissu morbide, on est certain de le diviser; on pourrait peut-être même l'extirper, ce qui serait le moyen le plus assuré d'obtenir la guérison.

Dans l'immense majorité des cas, on ne doit pas songer à l'urétrotomie; on doit s'estimer heureux quand le rétrécissement est franchi, et s'en contenter, car la dilatation devient dès lors possible.

M. Maisonneuve est d'autant moins autorisé à parler de la guérison radicale de ses opérés, que ces opérations sont très récentes, et que le temps n'a point encore prononcé sur leurs résultats ultérieurs.

M. Ricord a été très surpris, très ému de la publication de M. Maisonneuve. Il a frémi en songeant que la section des rétrécissements y était présentée comme méthode générale, applicable d'emblée à tous les cas; cette pratique lui a paru d'une audace extrême.

Comme M. Vidal, M. Ricord admet qu'il existe un bon nombre de rétrécissements infranchissables, et en voyant que cette circonstance n'avait pas même été prise en considération, il a été obligé de relire la signature de M. Maisonneuve au bas de l'article, pour être convaincu que la rédaction en était due à un chirurgien ayant vu un nombre de cas suffisant. Pour sa part, l'orateur a fréquemment dû renoncer à l'introduction d'une bougie dans les rétrécissements, et pourtant il a employé toutes les manœuvres classiques, depuis le mouvement de vrille jusqu'aux bougies tortillées, dont l'idée appartient à M. Le Roy-d'Etiolles, et qui rendent des services incontestables. M. Ricord cite à ce propos un de ses malades, dont le rétrécissement ne put jamais être

traversé que par ce moyen. Il a mis en usage dans les cas difficiles toute espèce de bougies et de sondes, et bien souvent il a terminé la séance comme Dupuytren, en arc-boutant l'extrémité de la sonde contre le rétrécissement, et en confiant au hasard sa pénétration.

Parfois il convient, en faisant le cathétérisme, de tirer la verge et de la tendre; parfois, au contraire, on réussit en la relâchant et en la laissant tomber. Mais tout est tâtonnement; rien n'est fixe, ni constant, ni sûr, et, en résumé, il y a des rétrécissements qui restent infranchissables après toutes les manœuvres les plus patientes, les plus variées.

M. Ricord a vu les bougies de M. Maisonneuve : elles sont très fines, très molles, elles n'ont rien de spécial; tout le monde les emploie. Si donc ce dernier a un moyen particulier de les faire passer à travers les obstacles, il ferait bien de le faire connaître, afin que tout le monde pût en profiter.

Arrivant à l'urétrotomie, M. Ricord convient qu'il vaut mieux inciser avec l'aide d'un conducteur que sans guide; mais les instruments ordinaires sont très suffisants, et le bout de bougie qui pénètre dans la vessie est parfaitement inutile. L'urétrotomie, il est vrai, peut rendre des services; mais il ne faut y avoir recours qu'avec la plus grande réserve et lorsqu'on y est absolument forcé par la nécessité. De telle sorte qu'on peut poser en principe que cette opération n'est justifiable que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

Il a lu avec étonnement ce que M. Maisonneuve a dit de l'emploi des bougies et de la dilatation en général. La proscription de ce moyen si simple, si utile, les reproches formulés contre cette méthode lui ont paru un véritable sacrilége. Certainement le cathétérisme des rétrécissements et leur dilatation n'est pas sans inconvénients et même sans dangers; mais si on veut les comparer sous ce rapport avec l'urétrotomie, il faut mettre en regard le nombre des cas dans lesquels on emploie les deux méthodes, et compter combien on traite de rétrécissements par la dilatation et combien par la section.

L'urétrotomie cause de bien nombreux et de bien cruels déboires; que d'accidents sont arrivés entre les mains de M. Reybard lui-même! M. Ricord en a observé un grand nombre pour sa part. Comment donc M. Maisonneuve peut-il donner cela comme une opération innocente, simple, légère, sans accidents, et dire qu'il ne s'écoule pas même une goutte de sang?

M. Ricord a vu pour sa part une hémorrhagie terrible à la suite d'une section qu'il a faite à un rétrécissement situé près du bulbe; l'écoulement sanguin a duré toute la nuit; on a eu la plus grande difficulté à

l'arrêter, et le malade ne s'est rétabli que lentement et à grand'peine.

Comme conclusions définitives ; il trouve les bougies admirables. La dilatation est le premier moyen à employer, il suffit presque toujours; l'urétrotomie doit être réservée pour les cas tout à fait exceptionnels.

Membre de la commission de l'Académie pour le prix d'Argenteuil, M. Ricord a signé le rapport qui donnait ce prix à M. Reybard; mais ce n'est pas pour ses affreux instruments : le mémoire renfermait des études très sérieuses sur les rétrécissements, des idées très originales, et c'est ce qui a décidé M. Ricord ; de telle sorte qu'il peut dire qu'il a voté pour tout, excepté pour la partie thérapeutique, pour l'urétrotomie.

Il rejette d'autant plus les instruments de M. Reybard qu'ils sont volumineux et que lorsque le rétrécissement les a admis on peut uriner seul, ce qui suffit au malade et doit contenter le chirurgien.

La section des rétrécissements donne, il est vrai, des résultats immédiats heureux ; l'urine est rendue sur-le-champ et sans difficulté, l'opéré est satisfait. Tout va bien s'il n'y a ni hémorrhagie, ni infiltration d'urine, ni inflammation, ni abcès, ni phlébite, ni infection purulente ; mais combien de cures radicales obtient-on ? On l'ignore. Où est la garantie que la cicatrisation ne reproduira pas l'obstacle? M. Reybard a bien, à la vérité, montré l'urètre de chiens auxquels il avait fait l'urétrotomie; on y voyait les deux lèvres de la plaie cicatrisées isolement et réunies par une portion de cicatrice molle et flexible. M. Ricord lui-même a vu l'urètre d'un homme opéré mort d'une affection étrangère, et cet urètre offrait bien la disposition annoncée par le chirurgien lyonnais. Mais ces résultats sont-ils constants, sont-ils définitifs? Il y a déjà des faits qui prouvent que le contraire peut avoir lieu. Dans tous les cas, cela ne prouverait pas que l'urétrotomie soit toujours simple et innocente.

M. Maisonneuve, qui supprime les sondes après la section comme inutiles et dangereuses, prend pour exemple le débridement du méat urinaire, qui se maintient très bien sans corps dilatateur. Cet exemple est bien mal choisi, et, comme M. Vidal l'a déjà dit, tous les chirurgiens savent combien il est précisément difficile d'empêcher le méat urinaire débridé de se cicatriser de nouveau et de revenir à son étroitesse primitive. M. Amussat, qui a beaucoup étudié cette question, insiste particulièrement sur ce point ; il propose, comme on le sait, d'empêcher la réunion de la plaie du méat en détruisant sans cesse l'agglutination des lèvres de cette plaie, moyen qui lui-même ne réussit pas sûrement. Aussi M. Ricord a-t-il l'habitude de faire au méat un énorme débridement pour obtenir une ampliation notable; il fait une

incision très exagérée pour avoir un résultat même minime. Il y a une telle tendance à la formation de rétrécissements à la suite des plaies de l'urètre, même quand celui-ci est sain, que cet inconvénient se montre presque toujours à la suite de l'amputation de la verge ; aussi est-il nécessaire de modifier d'une manière particulière le manuel de cette dernière opération et d'arriver à créer une espèce d'hypospadias accidentel.

M. Ricord expose ici en quelques mots le procédé auquel il s'est définitivement arrêté pour l'amputation de la verge.

Quant à l'appareil instrumental de M. Maisonneuve, il n'a rien de neuf. Il se compose de la canule et de l'urétrotome de M. Ricord lui-même ; il n'en diffère que par l'addition d'une bougie, qui est inutile : c'est à l'aide de cet instrument que M. Ricord et bien d'autres ont pratiqué l'opération.

En résumé, M. Ricord reproche à M. Maisonneuve d'être beaucoup trop absolu en exagérant les dangers de la dilatation, en vantant infiniment trop la simplicité et l'innocuité de l'urétrotomie, puis enfin en annonçant une cure radicale instantanée d'une manière prématurée, puisque sa pratique ne repose encore que sur un nombre de cas insuffisant et recueillis depuis un temps beaucoup trop court.

M. Giraldès. La discussion depuis son origine s'est déjà élargie. Il ne s'agit plus seulement de M. Maisonneuve, M. Syme et sa pratique sont également mis en question ; enfin le cathétérisme des rétrécissements lui-même a été soulevé. Relativement à ce dernier point, M. Maisonneuve ne peut avoir la prétention de franchir tous les rétrécissements, car il y en a de réellement infranchissables, non-seulement sur le vivant, mais encore lorsque après l'autopsie on a entre les mains la pièce pathologique. C'est un fait que M. Maisonneuve ne peut ignorer, et il suffirait de lui rappeler une pièce recueillie par M. Nélaton, une autre par M. Sédillot, dans lesquelles un stylet très fin ne put jamais être engagé dans la lumière des rétrécissements ; on comprend bien que sur le vivant jamais on n'avait pu introduire de bougies.

M. Maisonneuve pourrait, à la vérité, dire que pour lui ces cas n'existent pas, et qu'il ne croit pas aux rétrécissements infranchissables ; il se rapprocherait en cela de M. Syme, qui dit qu'avec de l'*adresse et de la patience* un chirurgien *habile et expérimenté* peut toujours traverser l'obstacle, mais qui cependant admet des cas très exceptionnels où ce premier résultat ne peut être obtenu, et où il faut opérer avec le seul guide d'une sonde qui appuie sur la partie antérieure du rétrécissement.

Mais supposons la difficulté vaincue, il faut juger la valeur clinique des divers procédés de section. Or celui de M. Maisonneuve ne peut pas être discuté en ce moment; on ne pourra le faire que lorsque l'on aura sous les yeux les observations. On ignore, en effet, combien de malades ont été opérés, combien d'accidents, et quels accidents se sont montrés, à quelle époque remontent les opérations, etc., etc.

Le procédé de M. Syme, au contraire, est connu depuis longtemps; les opérations sont nombreuses; elles ont été discutées; on peut donc commencer à porter un jugement sur cette méthode.

M. Syme a fait 108 fois son opération; il n'accuse que deux morts, dues, suivant lui, à des causes indépendantes de l'urétrotomie. Quelques malades ont conservé des fistules, mais ils étaient dans de mauvaises conditions de santé générale, et on pouvait accuser le défaut de la propriété plastique.

Par malheur, dans la seconde édition de son ouvrage, M. Syme ne rapporte que 16 observations sur les 108 cas qu'il a opérés, de telle sorte qu'on est obligé de s'en rapporter entièrement à lui pour les autres faits, ce qui est fâcheux.

Il est vrai que dans les mains d'autres chirurgiens de la Grande-Bretagne l'urétrotomie a donné des résultats notablement différents, et a entraîné beaucoup plus de revers. Ainsi, en analysant 45 cas, on trouve quatre morts et d'assez nombreux accidents.

M. Syme attribue cette différence à plusieurs causes. L'opération, suivant lui, a été faite sans méthode; on s'est fourvoyé dans le périnée. Si on a eu des hémorrhagies, c'est qu'on ne s'est pas rigoureusement conformé au précepte d'inciser sur la ligne médiane, les incisions latérales exposant beaucoup à la blessure des vaisseaux. A ce propos, M. Syme s'élève énergiquement contre le procédé de M. Reybard et contre le jugement porté par l'Académie de médecine de Paris.

On peut peut-être se rendre compte jusqu'à un certain point des différences de la pratique de M. Syme et de celle des autres chirurgiens de son pays; elles résident dans les conditions dans lesquelles l'urétrotomie a été pratiquée. Le premier opère par sa méthode la plupart des rétrécissements; les mauvaises chances se trouvent alors balancées par les bonnes, et celles-ci dominent. Les autres chirurgiens réservant l'urétrotomie pour les cas désespérés, et quand tous les autres moyens ont échoué, les revers, les accidents doivent être plus nombreux, et c'est ce qui a lieu en effet.

M. Lizars (d'Edimbourg) a attaqué les opérations de M. Syme avec beaucoup d'âcreté, et il conteste formellement les résultats annoncés

par son confrère. Il ne serait pas juste de porter un jugement d'après ces assertions contradictoires, et les termes injurieux employés par M. Lizars interdisent à la Société de chirurgie de s'engager directement entre les deux adversaires.

M. Debout a eu l'occasion de se renseigner sur la méthode de M. Reybard auprès des chirurgiens de Lyon eux-mêmes ; la plupart sont d'accord pour proscrire cette opération. A leur connaissance, elle a donné des résultats déplorables entre les mains de l'inventeur lui-même et de ceux qui l'ont imité. Depuis longtemps ils ont complétement abandonné l'urétrotomie.

M. Maisonneuve, pressé par le temps, demande à répondre quelques mots alors même que la liste des orateurs inscrits n'est pas encore épuisée; mais c'est surtout pour poser la question. Jusqu'à ce moment les arguments énoncés ont porté plutôt sur la méthode des grandes incisions que sur l'objet même de sa communication, et le reste de la discussion a suivi la même marche.

Ainsi, on a fait une vive critique des grandes incisions, mais lui-même ne s'en est nullement fait le champion; il n'en est pas le partisan exclusif. M. Ricord l'a accusé d'injurier les bougies et de méconnaître leurs services; mais telle n'est pas sa pensée; il s'est seulement élevé avec force contre l'emploi des bougies après la section du rétrécissement. Il regarde comme inutile et même comme nuisible d'écarter les lèvres de la plaie avec un corps étranger.

Toutefois, dans sa pensée, le traitement par les bougies seules a de très nombreux inconvénients; il est lent, pénible, désagréable; les malades s'ennuient et accusent le chirurgien du peu de progrès de la guérison; ils délaissent le traitement par négligence ou par dégoût. L'urétrotomie, au contraire, est rapide, la guérison est prompte, les résultats presque immédiats. Lors donc que l'on veut guérir instantanément un rétrécissement, c'est incontestablement à la section qu'il faut s'adresser.

C'est pour démontrer cela que M. Maisonneuve a fait sa communication. Comme tout le monde, il reconnaît des rétrécissements infranchissables, et dans de tels cas il ne fait pas autrement que les autres ; mais il a voulu établir qu'aussitôt qu'une bougie, si fine qu'elle soit, a franchi l'obstacle, il est possible d'abréger considérablement le traitement par l'introduction d'un urétrotome, qui divise sur-le-champ le rétrécissement et amène par le fait une guérison instantanée.

Il peut en citer un exemple récent. Ces jours derniers il y avait dans le service de M. Velpeau un malade traité depuis cinq ans pour un

rétrécissement considéré comme incurable, comme l'attestent de nombreux certificats qui lui ont été délivrés. Le rétrécissement, en effet, était très dur, il y avait des fistules et des indurations tout autour. M. Maisonneuve appliqua son opération, il eut les plus grandes difficultés à introduire une bougie et y consacra plus de vingt minutes. A peine ce premier temps était-il accompli que la guérison était obtenue; car il avait suffi d'un quart de minute pour conduire l'urétrotome et diviser le rétrécissement. Depuis ce moment l'urine fut rendue à plein canal, les fistules se sont guéries, etc., etc. Voilà certes un résultat remarquable et qu'on n'obtiendrait pas par les anciens procédés. Toutes les difficultés du traitement se réduisent donc à introduire une fine bougie; elles sont quelquefois extrêmes et lentes à surmonter; mais aussitôt que l'obstacle est franchi on peut achever la cure avec le premier instrument venu, avec l'urétrotome de M. Ricord, ou celui de M. Civiale, ou tout autre encore.

D'après M. Ricord, la bougie conductrice repliée dans la vessie gêne plus qu'elle ne sert, ou elle est au moins inutile; c'est une erreur; on ne peut pas substituer facilement l'urétrotome à la bougie quand celle-ci est retirée, et il arrive souvent qu'après avoir franchi le rétrécissement et retiré cette bougie il devient tout à fait impossible de la réintroduire, même immédiatement, et les plus habiles, M. Ricord lui-même, seraient souvent en défaut. La peine qu'on aurait prise à exécuter le premier temps serait donc tout à fait perdue pour le second. Si, au contraire, on se sert de la bougie conductrice, il n'y a plus de difficulté, et un externe, ou le premier élève venu, peut achever l'opération dès que l'obstacle est franchi.

Il y a donc une diminution considérable dans la durée du traitement; et d'ailleurs, dans les anciens procédés, lorsque la bougie est introduite, il faut la laisser en place, si on veut en tirer quelque avantage. Or personne n'ignore tous les inconvénients et tous les dangers qu'entraînent les sondes à demeure, et que le procédé de M. Maisonneuve supprime d'un seul coup.

On paraît s'étonner beaucoup de ce que M. Maisonneuve annonce qu'il obtient la cure radicale; mais il en parle d'après l'autorité de l'Académie. La commission du prix d'Argenteuil a déclaré que l'urétrotomie amenait la cure radicale des rétrécissements. M. Maisonneuve fait l'urétrotomie; il obtient donc cette cure radicale, et c'est au jugement de l'Académie qu'il faut s'attaquer si ce résultat n'est pas réellement obtenu. Il n'a donc rien imaginé de nouveau dans ce genre. Quant à l'instantanéité, il n'en est pas davantage l'inventeur; mais il est clair

qu'on peut l'admettre, puisqu'il suffit d'une seule séance pour diviser complétement le rétrécissement.

Il y a d'ailleurs dans sa méthode quelque-chose de nouveau et d'important que la discussion n'a pas abordé, c'est l'emploi du lithotome caché comme instrument de section et la manière dont le point rétréci est incisé. Jusqu'à ce jour, en effet, on avait coupé les rétrécissements dans tous les sens, d'avant en arrière, d'arrière en avant, de dehors en dedans ; mais on avait tout simplement oublié de les couper de dedans en dehors, et c'est ce que réalise très bien le lithotome.

L'appareil instrumental de M. Reybard a quelque chose de barbare ; il a un volume énorme, ce qui fait qu'il ne peut traverser que des rétrécissements déjà dilatés ; puis il est très difficile de l'ouvrir dans le canal, et il faut le déployer dans la partie saine, de telle sorte qu'il a pour agrément de blesser le canal sain et de respecter le rétrécissement ; s'il y a plusieurs rétrécissements successifs, il faut alternativement ouvrir et fermer l'instrument, ce qui est très difficile, très long et souvent même tout à fait impossible.

M. Maisonneuve appuie sa démonstration en montrant un des urétrotomes de M. Reybard.

M. Syme coupe de dehors en dedans, mais il lui faut un conducteur ; et ce conducteur lui-même, par son volume, par sa courbure, est très difficile à passer à travers l'obstacle.

L'urétrotomie d'avant en arrière est impossible à exécuter sans un conducteur, ou du moins personne ne l'a faite.

M. Ricord proteste, car lui-même a fait cette opération, que M. Maisonneuve regardait comme impossible.

M. Maisonneuve avoue qu'il l'ignorait ; mais dans tous les cas ce procédé ne peut pas être généralement adopté, et il a fallu toute l'habileté de M. Ricord pour qu'il ait réussi. Personne n'avait eu l'idée d'appliquer le lithotome du frère Côme à l'urétrotomie, et cependant cet instrument lève toutes les difficultés. Dans toutes les autres méthodes, on attaque tous les tissus voisins du rétrécissement avant le rétrécissement lui-même. M. Reybard coupe une certaine étendue du canal sain soit en avant, soit en arrière de l'obstacle ; parfois en même temps, il blesse ce canal à la fois en avant et en arrière. M. Syme divise toute la paroi urétrale et le tégument sous-jacent avant d'arriver au tissu morbide. Si d'ailleurs plusieurs rétrécissements existent, on divise toujours dans les procédés précédents les portions saines du canal interposées entre eux.

Avec le lithotome les choses se passent tout autrement : il paraît

effrayant au premier moment de découvrir une longue lame tranchante dans l'urètre ; mais la moindre réflexion et surtout l'expérience montrent que les dangers sont imaginaires. L'instrument est introduit fermé dans l'urètre ; il s'engage dans le rétrécissement ; tant qu'il ne l'a pas franchi, il ne peut pas s'ouvrir ; dès que celui-ci est dépassé, la lame peut faire saillie ; mais elle presse uniquement sur le point rétréci et le divise seul sans atteindre la muqueuse saine en deçà ou au delà de ce point. La section ne porte donc que sur le tissu morbide, mais celui-ci est infailliblement atteint.

Loin d'avoir à craindre des incisions trop grandes, c'est plutôt le contraire qui arrive, et M. Maisonneuve s'est depuis longtemps départi de la timidité qu'il avait eue dans ses premières tentatives.

Le volume du lithotome ne permet pas de l'employer d'emblée dans les rétrécissements très étroits. Pour ceux-ci, on commence par introduire la bougie filiforme ; celle-ci conduit un urétrotome qui fait d'abord la voie ; puis, lorsque celle-ci est assez large, le lithotome est substitué, et l'incision est faite alors au degré voulu. Rien n'est plus facile, plus prompt que l'ensemble de ces manœuvres, alors qu'on a un premier conducteur.

En résumé, M. Maisonneuve n'a rien inventé pour franchir les rétrécissements infranchissables. Il admet la cure radicale par l'urétrotomie comme la commission de l'Académie. Il rend seulement cette guérison beaucoup plus prompte en fournissant un moyen sûr d'appliquer dans une seule séance un procédé opératoire quelconque, incision, cautérisation, dilatation brusque. Sa manière de faire convient donc particulièrement aux malades qui sont pressés de guérir.

L'opération est tellement simple qu'elle remplace pour ainsi dire la grande habileté nécessaire pour les autres. Enfin, les suites sont tout à fait bénignes ; il n'y a pas d'accidents, pas d'hémorrhagies, pas de fistules ; en un mot, une innocuité parfaite et une efficacité immédiate.

M. Lenoir avait demandé la parole ; mais M. Maisonneuve ayant été obligé de quitter la séance, M. Lenoir remet à la suivante les réflexions qu'il avait à produire. La discussion continue néanmoins en l'absence de M. Maisonneuve.

M. Gerdy. La discussion a complétement changé de face. On avait fait à M. Maisonneuve divers reproches ; il désavoue les propositions qui lui avaient été contestées ; comme tout le monde, il reconnaît qu'il y a des rétrécissements infranchissables. Il n'attache pas aux mots de cure radicale un sens rigoureux ; enfin, il paraît céder sur plusieurs

points. M. Gerdy, après cette constatation, examine successivement quelques faits relatifs à la question générale.

Il existe, il est vrai, des rétrécissements infranchissables, mais cela veut dire infranchissables aux instruments; quelquefois cependant on arrive à s'y engager soit avec les bougies tortillées, soit en manœuvrant la sonde de diverses manières; mais en pareil cas on ne procède réellement que par tâtonnement, et c'est le hasard seul qui rend parfois plus heureux et qui permet à la bougie de s'engager. Sous ce rapport, la bougie filiforme de M. Maisonneuve n'a rien de spécial; son passage est aussi fortuit que celui de toutes les autres. Mais il existe une cause sur laquelle on n'insiste pas assez et qui rend cependant un rétrécissement infranchissable quelquefois pendant un temps plus ou moins long. Cette cause réside dans l'inflammation ou la congestion qui gonfle les parois du canal ou le tissu morbide, et qui obstrue momentanément le passage. Au lieu de lutter à plusieurs reprises contre cet obstacle et de fatiguer le canal par des tentatives répétées, M. Gerdy abandonne le rétrécissement à lui-même et s'adresse uniquement à la rétention d'urine; pour cela, il fait la ponction de la vessie. Cette opération fait cesser les accidents, diminue beaucoup la congestion du canal de l'urètre, de telle sorte qu'au bout d'un temps variable de deux à quatre ou à huit jours le point rétréci naguère infranchissable admet facilement un corps dilatateur.

La ponction de la vessie est par elle-même tout à fait innocente, et n'entraîne point d'inconvénients; c'est au contraire un palliatif puissant. M. Gerdy y a déjà eu recours un certain nombre de fois, et il a toujours eu à s'en louer; il est maintenant complétement édifié sur son innocuité.

Relativement à la cure radicale, elle passe pour être impossible à obtenir, parce que, dit-on, on a affaire à un tissu fibroïde qui tend toujours à se rétracter et qui n'est point susceptible de résolution. Cette opinion est trop absolue et souffre quelques exceptions. La rétraction du tissu fibroïde est souvent due à l'inflammation, et l'on arrive à en triompher parfois à l'aide des antiphlogistiques.

M. Maisonneuve proscrit l'emploi des sondes après l'urétrotomie. Cette idée est acceptable; il est possible, en effet, que le contact de corps étrangers avec les lèvres de la plaie urétrale récente soit une cause d'irritation et d'accidents inflammatoires.

Il est incontestable que l'urétrotomie de MM. Syme et Reybard peut amener des accidents. M. Gerdy en a vu lui-même; il a observé des hémorrhagies terribles, des inflammations graves, etc. Cependant,

comme membre de la commission d'Argenteuil, il a adopté le rapport qui couronnait M. Reybard. Mais la récompense décernée ne s'adressait pas à l'urétrotomie, mais bien plutôt aux études d'anatomie et de physiologie pathologiques faites par cet auteur. Dans les divers mémoires présentés pour les prix, il n'y avait aucun progrès bien saillant pour le traitement, mais dans le mémoire couronné, il y avait des idées neuves, des faits importants : c'est ce qui a décidé le choix du lauréat. M. Gerdy a adopté en cela les idées formulées par le rapporteur de la commission.

M. Voillemier regrette que cette discussion n'ait pas pour objet un travail sérieux apportant dans la science quelques faits nouveaux ou importants; car, après les concessions qu'a déjà faites M. Maisonneuve et celles qu'il fera sans doute encore, on verra qu'il ne s'agit ici que d'une petite modification apportée à un instrument bien connu, d'un bout de bougie ajusté à un urétrotome. Ainsi notre collègue avait dit qu'il n'y avait plus pour lui de rétrécissements infranchissables, et il vient de convenir de la manière la plus explicite qu'il existe, pour lui comme pour tout le monde, des obstacles qu'il ne peut franchir. On pouvait croire aussi, au premier abord, qu'il voulait remettre en honneur les larges incisions de l'urètre, à peu près abandonnées aujourd'hui, malgré les intéressants travaux de M. Reybard; mais il vient de dire, au contraire, qu'il leur préfère les petites incisions. — Pour les accidents particuliers aux plaies de l'urètre, il n'en est pas plus exempt que d'autres, et, bien que ses opérations soient de date très récente, nous savons qu'il en a déjà éprouvé. — Quant à la cure radicale qu'il annonce comme le résultat immédiat et certain de ses opérations, ce ne peut être qu'une erreur de la part de notre collègue. Quel est l'homme qui, ayant fait de la chirurgie, oserait promettre au public une guérison définitive le lendemain d'une opération? Nous ne doutons pas que M. Maisonneuve ne nous sache gré d'avoir considéré son assertion comme un lapsus, une erreur d'entraînement qu'il se hâtera de confesser.

Disons-le cependant, par les instruments dont il se sert, par la manière dont il les emploie, notre collègue avait quelque droit de dire qu'il fait autrement que tout le monde. Ses idées sur l'urétrotomie sont assez excentriques pour qu'il puisse les réclamer comme siennes; mais qu'il nous soit permis de les examiner : au lieu de suivre l'exemple des autres chirurgiens, qui commencent par dilater les rétrécissements étroits qu'ils veulent inciser, notre collègue introduit d'emblée dans l'urètre le tube cannelé d'un urétrotome délié à l'extrémité duquel il a

adapté un bout de bougie qui lui sert de conducteur. Celui-ci une fois placé dans le rétrécissement, il pousse le tube pendant un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de force, de manière à lui faire franchir l'obstacle. Alors il pousse dans la cannelure du tube une tige pourvue à son extrémité d'une petite lame semi-olivaire qui doit couper le rétrécissement, et le rétrécissement seul. Quand il le peut, il introduit dans l'urètre le lithotome du frère Côme, dont il développe plus ou moins la lame et auquel il imprime un mouvement de traction de plusieurs centimètres ; de cette façon encore, il prétend diviser le rétrécissement, et rien que le rétrécissement. Avec les autres procédés, ajoute-t-il, on attaque le rétrécissement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, mais on s'expose à couper les parties saines du canal en avant ou en arrière de l'obstacle. Lui, il divise le rétrécissement de dedans en dehors; il n'attaque que le rétrécissement, ne divise que les points malades, sans intéresser les parties saines. C'est là, dit-il, ce qui établit la méthode. Nous voilà déjà bien loin du bout de bougie qui semblait constituer toute l'invention de notre collègue. Nous reviendrons sur ce point.

Mais n'est-il pas étrange de voir M. Maisonneuve accuser les chirurgiens de léser les parties saines du canal, de couper autre chose que le rétrécissement, quand tous ceux qui se sont occupés d'urétrotomie ont fait les plus grands efforts pour éviter cet accident! Il oublie donc que tous les urétrotomes sont gradués, pourvus d'un renflement vers leur extrémité, pour préciser le siége du rétrécissement, limiter son étendue, afin que l'action de la lame ne porte que sur les points rétrécis? Lui seul néglige ces précautions, et il accuse les autres! Le lithotome, assure-t-il, ne coupe que les parties indurées, tandis que les parties saines fuient devant sa lame. S'il en est ainsi, pourquoi les parties saines ne fuiraient-elles pas devant la lame des urétrotomes ordinaires? Est-ce parce que la lame du lithotome est plus forte, plus courbe, portant sur une grande longueur du canal, qu'elle aurait le privilége étrange de respecter davantage les tissus? Et quand le rétrécissement est divisé, qu'est-ce donc qui avertit la lame de ne plus couper? Pour arriver à la base du rétrécissement, comment cette longue lame fait-elle pour épargner les tissus placés au-devant et en arrière du rétrécissement? Il faudrait au moins quelques dissections, quelques pièces pathologiques pour faire accepter des faits aussi étranges. Mais notre collègue a pris soin de nous dire que son procédé était de date trop récente, qu'il n'avait pas encore eu de cas de mort. J'ai été moins heureux que lui. Chez un homme que j'avais opéré par la méthode de

M. Reybard, pour un rétrécissement de la portion antérieure de la verge, j'ai vu se développer un érysipèle, des accidents d'infection purulente, et la mort s'ensuivit. Alors j'ai pu constater quels désordres pouvait entraîner une incision qui pourtant n'avait pas 2 centimètres d'étendue. S'il s'agissait de discuter ici la valeur des grandes incisions, je pourrais citer encore un cas déjà rapporté par M. Reybard, et qui m'appartient. Il s'agit d'un homme qui se trouvait dans mon service à l'hôpital de la Pitié. Notre confrère M. Reybard m'avait demandé de lui appliquer sa méthode, et je m'y étais refusé, le trouvant dans des conditions qui devaient exclure toute espèce d'urétrotomie. Un matin je ne trouvai plus le malade à son lit; il était sorti. Quelque temps après M. Reybard vint me prier de recevoir dans mon service un homme qu'il avait opéré dans le service de Blandin, et qui ne recevait pas les soins qu'il désirait lui voir donner. Je l'acceptai. Ce malade était le même qui avait quitté mon service. C'est à peine si je pus le reconnaître, tant il était changé. Il était épuisé par des hémorrhagies continuelles, qui furent très difficiles à arrêter par une compression directe opérée sur le périnée, le repos absolu et des soins généraux. S'il a fini par guérir, il peut bien en rendre grâces à Dieu. Mais laissons ce sujet, car j'oublie que M. Maisonneuve, avec la terrible lame du lithotome, a la prétention de ne faire que de petites incisions.

Si nous revenons à l'urétrotome que notre collègue a allongé d'un bout de bougie conducteur, je pourrais lui faire remarquer que ces conducteurs ne sont pas nouveaux; que la plupart des urétrotomes sont munis d'une tige métallique qui s'introduit dans le rétrécissement et précède la lame; que des bougies molles ont été adaptées à des porte-caustiques pour les guider dans l'étroite voie des rétrécissements. Je pourrais lui faire remarquer encore qu'il est certains urètres qui supportent avec la plus grande peine la bougie la plus déliée, qu'on ne parvient à la dilater un peu qu'à force de patience et de soins; pense-t-il qu'il y ferait pénétrer sans danger sa bougie conductrice et son urétrotome à la suite, que les efforts qu'il serait obligé de faire et qu'il terminerait par une incision ne pourraient pas amener les plus graves accidents? Mais je laisse ces questions de détail, ces petits perfectionnements d'instruments, et il me suffit d'avoir prouvé combien les nouveaux moyens employés par notre collègue sont loin de tenir les promesses qu'il avait si imprudemment faites.

M. Vidal. Cette discussion, malgré son point de départ, est loin d'avoir été inutile, et il se félicite de l'avoir soulevée. Il importait beaucoup de faire expliquer M. Maisonneuve et de lui faire rectifier les

assertions renfermées dans son mémoire. Or, on a obtenu, sous ce rapport, tout ce qu'on pouvait désirer ; il a désavoué la plupart de ses opinions, et reconnu qu'il passait à travers les rétrécissements là où tout le monde passe; et quant à la *cure radicale instantanée*, sur laquelle l'auteur a tant insisté dans son mémoire, on voit qu'il n'y tient pas beaucoup maintenant, et qu'il néglige ce point pour s'occuper surtout du côté manuel de son procédé.

M. Larrey regrette vivement que M. Maisonneuve se soit retiré avant la fin de la discussion. Il propose donc que M. le secrétaire l'engage officiellement à assister à la continuation de la discussion dans la séance suivante.

M. Ricord s'applaudit beaucoup d'avoir vu M. Maisonneuve modifier radicalement ses premières opinions, et changer la substance de son mémoire à tel point qu'on peut dès aujourd'hui en admettre une seconde édition. Ces explications étaient indispensables, et on ne saurait en méconnaître l'importance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr Verneuil.

Séance du 6 juin 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. Ricord ajoute quelques remarques à celles qu'il a faites déjà sur la communication de M. Maisonneuve. Il soutient qu'il n'y a rien de nouveau dans l'addition d'une bougie conductrice qui précède l'urétrotome. En effet, on se sert depuis longtemps de porte-caustiques qui sont précédés d'une bougie étroite, et depuis longtemps aussi l'on a ajouté un bout conducteur au coarctotome de M. Ricord. M. Reybard, parmi ses instruments, en possède un, entre autres, formé d'une lance précédée d'une bougie conique qui sert de conducteur. C'est là l'instrument de M. Maisonneuve avec moins de longueur dans la bougie. Mais M. Ricord voit dans cette diminution de longueur un sérieux avantage; car une bougie courte est plus facile à manier ici qu'un bougie longue et fine qui peut se replier sur elle-même et se laisser facilement couper.

Selon M. Maisonneuve, on n'a jusqu'alors coupé les rétrécissements que de dehors en dedans, d'avant en arrière, d'arrière en avant. Notre

collègue a la prétention de faire une chose neuve en les coupant de dedans en dehors. Il reproche aux sections d'arrière en avant de couper d'abord des parties saines; mais M. Maisonneuve, avant d'introduire son lithotome, trace d'abord la voie en coupant d'avant en arrière. Or, si l'on a quelque chance de léser des parties saines, de les couper, c'est plutôt en avant qu'en arrière.

Quant à cette prétendue section de dedans en dehors dont M. Maisonneuve réclame l'invention, il n'y a rien là que ne fassent déjà tous les chirurgiens. Dès qu'on fait glisser un instrument dans un rétrécissement, il coupe de dedans en dehors, mais aussi d'arrière en avant. Il faut un mouvement de va-et-vient pour que la section s'opère. Enfin, M. Maisonneuve fait là ce que tout le monde fait.

Il reste encore une prétention dangereuse de notre collègue; c'est celle de ne couper que le rétrécissement, et cela avec le plus horrible urétrotome.

Enfin, M. Ricord ne peut accepter qu'un lithotome porté dans l'urètre ne puisse le blesser, tandis que cela aurait lieu avec les coarctotomes ordinaires.

M. LE PRÉSIDENT exprime à la Société le regret qu'il éprouve de ne pas voir M. Maisonneuve assister aujourd'hui à la séance, quoiqu'il ait été prévenu par lui de la continuation de la discussion.

M. ROBERT désire exprimer sa pensée sur l'urétrotomie en général mise en cause aujourd'hui; mais il demande à ne prendre la parole que dans la prochaine séance. Quant à la méthode de cathétérisme que M. Maisonneuve croit avoir imaginée, M. Robert rappelle qu'il y a une trentaine d'années déjà elle fut bien indiquée par M. Amussat. M. Reybard a aussi proposé plusieurs urétrotomes précédés d'une bougie qu'on introduit d'abord jusque dans la vessie.

M. LENOIR demande la parole et s'exprime ainsi :

Messieurs,

J'ai écouté avec attention la communication que M. Maisonneuve nous a faite dans l'avant-dernière séance, communication qui n'est que le résumé substantiel d'un travail que ce chirurgien avait, quelques jours auparavant, présenté à l'Institut sous le titre de *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme, et de son application à la cure* RADICALE ET INSTANTANÉE *des rétrécissements de l'urètre*. J'ai depuis lu ce mémoire, et, je vous le dis tout d'abord, la revendication itérative à titre d'invention d'une manœuvre opératoire qui est décrite jusque dans nos livres classiques, la prétention qu'a son auteur de guérir in-

stantanément les rétrécissements quand il ne fait que les inciser instantanément; la préférence enfin qu'il donne à la méthode de l'incision sur tous les autres moyens de traiter les strictures de l'urètre; tout cela m'a paru en contradiction si flagrante avec certaines doctrines de physiologie pathologique que je crois vraies, avec certains principes de conduite qu'il faut honorer et propager dans l'exercice de notre art, que j'ai pris l'engagement envers moi-même de parler ici contre le fond et la forme de cette nouvelle production de notre collègue. Mais comme les observations que j'ai à vous présenter sont presque toutes critiques, et que le sentiment qui me porte à vous les soumettre est de ceux qui m'excitent, j'ai craint de mal exposer mes idées dans une allocution improvisée; je viens donc vous demander la permission de vous les communiquer telles que je les ai jetées sur le papier. Ce sera un moyen sûr d'épargner vos moments, de renfermer cette discussion dans les limites dont elle ne doit pas sortir, et de lui conserver le calme et la dignité qui lui conviennent.

M. Maisonneuve commence par rappeler que dès 1845 il a présenté à l'Académie des sciences un procédé de cathétérisme applicable aux rétentions d'urine produites par l'hypertrophie générale ou partielle de la prostate, « procédé qui consiste à introduire d'abord dans l'urètre » une bougie fine et flexible qui, se moulant aux inflexions du canal, » arrive toujours et sans difficulté dans la vessie, puis à se servir de » cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on fait glisser une » sonde élastique percée à ses deux bouts. » Ce procédé, qu'il appelle aujourd'hui *méthode de cathétérisme sur conducteur,* notre collègue le revendique comme une de ses inventions, et le regarde comme lui ayant, avec raison, donné l'idée d'une autre méthode à peu près semblable qu'il pourrait appeler *méthode de cathétérisme à la suite,* dont les diverses applications font le sujet de son mémoire et de sa communication actuelle.

Nous rappellerons de notre côté que dès l'époque à laquelle notre collègue présenta à la Société de chirurgie (après l'avoir déjà présenté à l'Institut) le travail où il exposait les avantages de sa première méthode, nous lui fîmes observer, dans le seul intérêt de la science et de la vérité, que cette méthode n'était pas même alors nouvelle, et que dès 1836 nous nous étions déjà servi nous-même d'une sonde inventée depuis longtemps par M. Amussat pour remplir la même indication; mais, puisque cette réclamation de priorité n'a pas fait impression à cette époque sur notre collègue, nous pouvons aujourd'hui éclairer sa religion par la citation textuelle de plusieurs auteurs dont il ne peut igno-

rer les travaux. On lit, en effet, dans un mémoire de M. Rigal (de Gaillac), ayant pour titre : *De la destruction mécanique de la pierre dans la vessie* (Paris, 1829), le passage suivant à la page 22 : « Cette idée d'allonger le mandrin pour remplacer les unes par les autres des algalies ouvertes des deux bouts n'appartient ni à moi (M. Rigal), ni à M. Leroy, qui l'imagina pour le malade dont j'ai parlé, ni à M. Pichauzel, auquel ce procédé valut une couronne que lui décerna en 1810 la Société royale de médecine de Bordeaux, car on lit dans Bichat (*Traité des maladies des voies urinaires*, p. 310) ce qui suit : Si l'on craignait de rencontrer des difficultés à passer la seconde sonde, on pourrait obvier à cet inconvénient en se servant de sondes ouvertes aux deux bouts ; on introduirait la première au moyen d'un stylet à bouton, et, avant de la changer, on la garnirait d'un stylet long d'environ deux pieds, que l'on enfoncerait de quelques lignes dans la vessie ; puis on retirerait la sonde sur le stylet, qu'on laisserait en place, et sur lequel on conduirait sans peine et avec sûreté une nouvelle algalie. Desault a eu recours une fois à cet expédient, et il réussit si complétement qu'il se proposait de faire construire des sondes avec lesquelles il pût le mettre souvent en usage. »

Il résulte bien clairement de cette citation que la méthode de *cathétérisme sur conducteur*, comme l'appelle notre collègue, et qui n'est qu'un *expédient* dans le langage de Bichat, a été depuis Desault, c'est-à-dire depuis soixante ans, inventée à peu près une fois tous les dix ans par six chirurgiens, qui tous sans doute ont cru de bonne foi l'avoir trouvée ; je vous laisse à décider si notre collègue, qui n'arrive qu'en sixième ligne dans cette série, a des titres plus sérieux que ses devanciers à la priorité qu'il réclame encore aujourd'hui.

M. Maisonneuve, fier de cette découverte, en fait un peu après en quelques mots le panégyrique que voici : « Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et depuis lors non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidents inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires. »

Je ne sais, messieurs, si, vous qui constituez la majorité des chirurgiens des hôpitaux et des praticiens de la ville, vous avez adopté ce procédé ; s'il en est ainsi, je déclare faire exception à cette unanimité, car je préfère dans les cas spécifiés par notre collègue un moyen plus simple encore et qui remplit d'un seul coup toutes les indications, je veux parler d'une grosse sonde percée d'un ou de deux yeux dans sa

longueur et terminée par un bout effilé et flexible comme l'extrémité des bougies, sonde que j'ai vu employer avec succès par Marjolin père sans savoir si elle était de son invention, et à laquelle il n'a manqué sans doute pour qu'elle ait encore aujourd'hui toute la valeur qu'elle mérite que d'avoir été dans son temps le sujet d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.

J'arrive à la seconde méthode de cathétérisme que l'auteur n'a pas encore dénommée et qui s'applique, selon lui, à tous les cas de rétention d'urine, aussi bien à ceux qui tiennent aux hypertrophies de la prostate qu'à ceux qui tiennent aux rétrécissements de l'urètre. Voici en quoi elle consiste : on introduit dans le canal, jusque dans la cavité vésicale, ou seulement jusqu'au delà du rétrécissement, une petite bougie flexible, à l'extrémité externe de laquelle se trouve un petit ajutage métallique fixe; on articule ensuite sur cette partie de la bougie, au moyen d'un pas de vis dont ils sont pourvus à leur extrémité interne, un des nombreux instruments usités aujourd'hui soit pour explorer l'urètre, soit pour le dilater brusquement, soit pour le cautériser, soit enfin pour l'inciser ; et pour terminer l'opération il suffit de pousser lentement l'instrument, quel qu'il soit, sur la bougie qui le précède, et celle-ci se replie sur elle-même dans la cavité de la vessie.

Ce procédé est basé sur le principe, un tant soit peu contestable, que voici : que, dans tout rétrécissement où une bougie fine a pu pénétrer, un instrument plus volumineux qui s'articulera avec elle et qu'on poussera à sa suite pénétrera comme elle et ne pourra pas dévier de la route qu'elle lui aura tracée. Qui ne prévoit, en effet, qu'une sonde de calibre ordinaire, ou mieux encore la sonde de Mayor, ou l'instrument de Perrève, fussent-ils articulés à l'extrémité d'une bougie fine et flexible, ne se substitueront à cette bougie dans l'intérieur d'un rétrécissement qu'à la condition d'être poussés avec force et pendant longtemps contre lui ; que ces instruments, tous rigides et ayant une courbure fixe, suivront l'impulsion de la main qui les pousse et non la direction de la bougie qui les précède; qu'ils érailleront ou déchireront un point de l'urètre, comme ils font toujours, et qu'une fois hors du canal ils produiront d'autant plus facilement une fausse route dans les parties ambiantes qu'ils seront pourvus à leur extrémité de l'ajutage métallique de la bougie qu'ils entraînent avec eux ! Je laisserai donc de côté les diverses applications que l'auteur fait ici de sa nouvelle méthode de cathétérisme à l'exploration de l'urètre, à sa dilatation brusque et à sa cautérisation, parce que je considère ces applications comme des inventions de cabinet, contre la critique desquelles notre

collègue n'a aucune expérience pratique personnelle à opposer; du moins je n'en trouve aucune observation dans son mémoire.

Il n'en est pas de même des moyens qu'il emploie pour inciser l'urètre rétréci. Sur ce sujet, les procédés sont nombreux, les instruments aussi. Je voudrais ajouter que les observations de guérison ne le sont pas moins; mais la vérité veut que je dise que la méthode ne compte encore que cinq succès, et que la plus ancienne observation n'a pas plus de deux mois de date. C'est cependant avec ces instruments et ce petit nombre de faits que notre collègue a la prétention de fonder sa nouvelle méthode de *guérir radicalement et instantanément les rétrécissements de l'urètre*.

Vous savez que l'incision des rétrécissements est une méthode de traitement qui, sans être tout à fait nouvelle, a été, il y a quelques années seulement, remise en honneur par un honorable chirurgien lyonnais, et que l'Académie de médecine, sur le rapport très bien fait de notre confrère M. Robert, a décerné à ce chirurgien un des grands prix dont elle dispose si libéralement. Toutefois, cette méthode est loin d'être généralement adoptée par les praticiens de nos jours; son emploi a été accompagné ou suivi d'accidents graves et de la mort des opérés; et enfin il n'est pas bien certain encore qu'elle guérisse plus *radicalement* les malades que certaines autres méthodes qui ont été beaucoup vantées avant elle.

M. Maisonneuve, dans l'avant-dernière séance, avait prudemment fait ses réserves sur la valeur de cette méthode de traitement, et dans la dernière séance vous l'avez entendu répéter qu'il n'entendait pas la discuter. Remarquez, je vous prie, la position exceptionnelle que cette réserve fait à notre collègue. Dans la science, il a des doutes sur la valeur de l'urétrotomie; dans la pratique, il incise tous les rétrécissements qui se présentent à son observation; il les incise de prime abord, aussi étroits qu'ils soient, pourvu toutefois qu'ils puissent recevoir la bougie conductrice; il les incise sans avoir par un tâtonnement préalable expérimenté s'ils sont dilatables ou non; bien plus, il proscrit cette expérimentation, sous prétexte qu'elle fait perdre du temps au malade. Il me semble que les urétrotomistes les plus avancés ne vont pas si loin. Bon nombre reconnaissent qu'il existe des cas où la méthode n'est pas applicable, ou l'est moins que certains procédés anciens; bon nombre la réservent pour certains rétrécissements spécialement placés dans la région pénienne du canal, rétrécissements fibreux et par conséquent réfractaires à la dilatation, et, je l'avouerai, je partage assez bien ces vues pratiques.

Notre collègue vous a exposé en détail les différents temps de son procédé. Vous savez qu'il incise deux fois l'urètre : une première au moyen d'une petite lame tranchante ayant la forme d'une demi-olive, qu'il glisse sur un tube cannelé métallique qui fait suite à la bougie conductrice ; et une seconde fois au moyen d'un urétrotome caché semblable, par sa forme et presque par son volume, au lithotome de frère Côme.

L'opération ainsi faite, dit-il, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang ; le malade urine à plein canal, et il continue à uriner ainsi par la suite sans qu'il soit nécessaire d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie faite à l'urètre par l'introduction de grosses sondes.

Cette manière de faire diffère de celle qui est employée depuis M. Reybard en ce qu'au lieu de dilater lentement le rétrécissement par des bougies molles et graduellement plus volumineuses, on l'incise une première fois avec une lame semi-olivaire qu'on introduit d'avant en arrière sur un tube cannelé ; nous avons déjà dit que nous ne regardions pas cette dilatation préalable comme mauvaise en principe, et nous trouvons au moyen qu'on lui substitue l'inconvénient de faire une longue incision sur la muqueuse placée au-devant du point rétréci du canal, car les parois de l'urètre sont rapprochées l'une de l'autre dans l'état normal, et on ne saurait introduire un instrument tranchant dans son intérieur sans couper une de ses parois.

Elle en diffère aussi par la forme de l'urétrotome employé et par sa manière d'agir : l'urétrotome est le lithotome de frère Côme. La manière d'agir de cet instrument constituerait, suivant notre collègue, une nouvelle méthode d'urétrotomie à laquelle on n'avait pas encore songé. M. Syme coupe l'urètre rétréci de dehors en dedans ; M. Reybard le coupe d'arrière en avant, M. Civiale d'avant en arrière ; il était réservé à M. Maisonneuve de le couper de dedans en dehors. La chose est facile ; il suffit de placer l'instrument coupant dans le rétrécissement, de presser sur sa bascule et de le retirer à soi. Mais de deux choses l'une : ou vous ouvrez l'instrument dans l'intérieur du rétrécissement, et dans ce cas vous courez grand risque de casser sa lame, pour peu que le tissu à inciser soit résistant ; ou vous tirez à vous votre instrument en même temps que vous l'ouvrez, et alors vous agissez comme M. Reybard, vous incisez d'arrière en avant et de dedans en dehors, et pas autre chose.

J'aurais plusieurs remarques à faire sur le mécanisme et le mode d'action de l'urétrotome renouvelé de frère Côme, dont on sait que la partie la plus saillante de la lame répond à l'extrémité de l'instrument

quand il est ouvert, et qui, à cause de cette disposition, blessera facilement les parties du canal placées derrière le rétrécissement ; mais je passe sur ces détails, car je ne veux pas épuiser le sujet.

La manière de procéder de M. Maisonneuve diffère surtout de celle employée avant lui, en ce qu'elle supprime les moyens dilatants propres à empêcher la cicatrisation immédiate des parties incisées. M. Maisonneuve dit que cette cicatrisation sera suffisamment empêchée par le passage répété de l'urine sur la plaie, et il fonde son opinion sur deux faits qui me paraissent contestables et qui ont été déjà contestés par deux de nos collègues dans la dernière séance. Le premier de ces faits, c'est la persistance du débridement du méat urinaire trop étroit pour recevoir des instruments lithotriteurs. MM. Ricord et Vidal vous ont déjà dit ce qu'il fallait penser de cette persistance ; mais fût-elle réelle et constante, qu'il ne faudrait pas conclure de ce qui se passe à la partie inférieure du méat urinaire où l'urètre n'est plus formé que par la muqueuse, à ce qui se passe à une profondeur plus ou moins grande du canal où la muqueuse est doublée par un tissu érectile assez épais. Essayez, je vous prie, d'inciser ce même méat urinaire, mais en sens contraire, vers la partie supérieure du gland, et vous verrez si la plaie ne se cicatrise pas là comme partout par l'intermédiaire d'un tissu fibreux rétractile que Delpech appelait *inodulaire*.

Le second fait a pour sujet les expériences tentées par M. Reybard sur l'urètre des chiens ; mais on a déjà objecté à ces expériences que les conditions dans lesquelles se trouvaient les animaux incisés n'étaient pas les mêmes que celles dans lesquelles se trouve un homme affecté de rétrécissement, et je pourrais ajouter que l'urètre des premiers offre une structure et une conformation différentes de celles du second. Ces faits ne prouvent donc rien en faveur des doctrines avancées par notre collègue.

Oui, messieurs, à la suite des incisions de l'urètre il se passe ce qui se passe dans toute plaie dont la réunion est secondaire ; il y a d'abord douleur et écoulement de sang, puis inflammation consécutive, et plus tard réunion par l'intermédiaire d'un tissu cicatriciel plus ou moins rétractile ; c'est la marche générale de toute solution de continuité produite sur tout tissu organisé. Il n'y a pas d'exception, ou du moins celle qu'on signale ici n'est pas encore suffisamment démontrée. Et comme corollaire forcé de cette doctrine, j'ajouterai, en m'adressant à notre collègue : Vous n'êtes pas autorisé à dire qu'après la réunion de la plaie produite par votre urétrotome vous n'aurez pas un rétrécissement nouveau qui tiendra cette fois à la rétractilité du tissu de la cica-

trice, car les faits observés jusqu'à ce jour, et en particulier ceux, en petit nombre, que vous avez publiés, sont encore trop récents pour infirmer les prévisions de la théorie ; et s'il en est ainsi, vous ne pouviez obtenir et vous n'avez pas obtenu une guérison radicale des rétrécissements que vous avez traités. Le titre de votre mémoire est donc faux; il promet plus qu'il ne peut tenir, et je vous engage à le modifier dans votre propre intérêt, dans l'intérêt des malades et dans celui de la vérité *scientifique.*

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guersant présente de nouveau une petite fille qu'il a déjà montrée à la Société, et dont la jambe, fracturée à l'âge de seize mois, ne s'est pas consolidée. M. Thierry traita en vain cette fracture à l'aide de sétons placés entre les deux bouts de l'os et laissés en place deux à trois mois. L'enfant a été soumise à un traitement tonique ; puis l'on a songé à l'opération de M. Brainard, la perforation de l'os. Trois fois la perforation a été faite dans les fragments supérieur et inférieur ; puis le membre a été placé dans un appareil inamovible. Au bout d'un certain temps, on n'a pu constater la moindre consolidation. Plus tard on a introduit entre les fragments des aiguilles froides, puis rougies à blanc ; enfin une incision a été pratiquée à la partie antérieure du cal, on a fait saillir les deux bouts des fragments, et on les a coupés, ruginés. Rien n'a été obtenu ; la fracture ne s'est pas consolidée. Dans ce cas, on s'est décidé à appliquer un appareil qui soutient les fragments et permet à la petite malade de marcher.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Richet fait à la Société la communication suivante :

J'ai l'honneur, dit-il, de présenter à la Société un enchondrome d'un volume considérable, et qui offre quelques particularités intéressantes.

Cette tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était située dans la région sous-épineuse droite. Le malade la portait depuis plusieurs années, et jusqu'à ces derniers temps n'en avait nullement souffert. Depuis quelques semaines elle s'est ulcérée à son sommet, probablement à cause du volume considérable qu'elle a acquis, et qui a distendu la peau outre mesure; depuis ce moment le malade veut absolument en être débarrassé.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, je reconnus, à l'élasticité que présentait la tumeur au toucher, à l'absence de toute sensation de fluctuation, malgré, je ne dirai pas sa mollesse, mais son peu de dureté, à

son rapide accroissement sans douleur, au peu de réaction qu'elle avait déterminé localement et dans tout l'organisme, que nous avions affaire à un enchondrome, et non à une tumeur fibreuse ou à un cancer, et je jugeai, à l'impossibilité de la faire mouvoir sans entraîner avec elle l'omoplate, qu'elle avait cet os pour point de départ. Je résolus en conséquence d'en pratiquer l'extirpation.

Malheureusement, le lendemain du jour où j'avais procédé au premier examen, un érysipèle, parti des bords de l'ulcération cutanée, était apparu, et les jours suivants il fit de tels progrès que le malade faillit succomber; puis, pendant qu'il parcourut ses périodes, nous remarquâmes que la tumeur se ramollissait, et qu'une suppuration profonde l'envahissait. Comme chaque jour l'abondance du pus fétide qu'elle sécrétait semblait augmenter, et que le malade allait s'affaiblissant, il devint bientôt évident pour moi que cette inflammation de la tumeur n'aurait d'autre résultat que la mort du malade si on l'abandonnait à elle-même.

L'opération résolue fut pratiquée, et, comme je l'avais prévu, je fus obligé de réséquer l'omoplate au-dessous de l'épine.

Vous voyez la tumeur. Elle a pour noyau et certainement pour point de départ le tissu osseux, puisque l'on trouve encore dans les cellules osseuses de petits noyaux cartilagineux. Tout ce qui avoisine l'os est ramolli et infiltré de pus. Mais la circonférence a conservé le caractère véritable de la tumeur; là sa totalité est composée d'un tissu d'apparence gélatineuse, mais de la consistance du cartilage un peu ramolli. Cette substance est homogène, transparente, traversée par des filaments de tissu fibro-celluleux qui semblent la diviser en autant de lobules ou loges, en sorte que pour en donner une idée aux personnes qui ne verront point la pièce on pourrait dire qu'elle ressemble au corps vitré pour l'aspect.

Cette tumeur s'est énucléée avec facilité, et l'opération, quoique laborieuse, a eu un heureux résultat, car le malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant, au dixième jour. ·

L'examen micrographique, fait par MM. Giraldès, Broca et Verneuil, a démontré que la tumeur était exclusivement formée par de larges cellules et noyaux cartilagineux.

La deuxième pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une malade sur laquelle il m'a été impossible d'avoir des renseignements satisfaisants. Elle entra dans mon service ayant dans le pli de l'aine une tumeur douloureuse, empâtée, présentant quelques-uns des caractères de la hernie crurale étranglée. La malade disait en effet

avoir là depuis longtemps une tumeur qui rentrait et sortait alternativement. Elle ne portait point de bandage. Elle vomissait depuis huit jours environ, et depuis vingt-quatre heures ne vomissait plus.

Tels sont les seuls renseignements que nous pûmes recueillir. Les essais de réduction ayant échoué, et le cours des matières n'ayant pu être rétabli, je procédai à l'opération. L'incision de la peau faite, je ne tardai pas à reconnaître, ainsi que je l'avais prévu d'ailleurs, que l'intestin était gangrené. Je procédai cependant avec lenteur, et lorsque j'eus acquis la certitude qu'il était complétement sphacélé, je l'ouvris et en retranchai une portion. Rien ne sortit par l'ouverture. Je procédai alors avec précaution au débridement, et à mon grand étonnement, quoique le doigt pénétrât facilement dans la cavité intestinale, il ne sortit rien. Convaincu que les contractions péristaltiques ramèneraient le cours des matières dans la journée, puisque le tube digestif était libre, je pansai mollement, et j'attendis. Le lendemain la malade n'avait pas été à la garde-robe, malgré le léger purgatif qui avait été administré; elle avait même vomi une fois.

J'explorai alors la plaie. J'attirai de nouveau le plus que je pus l'intestin, et je me décidai à en retrancher une nouvelle portion. C'est alors seulement que nous vîmes couler quelques matières jaunâtres et liquides. Persuadé que la malade allait rendre facilement ses matières, je pansai la plaie mollement comme la veille; et en effet elles coulèrent en abondance pendant plusieurs heures. Cependant la malade succomba dix heures après.

Or voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie, et ce que vous pouvez voir sur la pièce que je vous présente. L'intestin hernié est une portion de l'intestin grêle voisine du cœcum. Cette anse intestinale présente sur sa longueur un rétrécissement qui, vu extérieurement, a la grosseur d'un tuyau de plume à écrire et 2 centimètres de longueur. Au-dessus et au-dessous de ce canal rétréci, l'intestin est renflé, surtout ce qui tient au bout supérieur, lequel est rouge et enflammé. Sur chacune de ces portions on voit une ouverture qui permet l'introduction facile du doigt. Quand on essaye de chercher s'il existait une communication entre ces deux portions intestinales par l'intermédiaire du rétrécissement qui les sépare, on constate qu'il reste à peine un canal susceptible d'admettre un stylet de trousse.

La malade avait succombé à une péritonite. Il n'y avait nulle trace d'épanchement de matières dans le péritoine.

Or voici comment j'explique ce qui a eu lieu dans ce cas singulier, qu'il était à coup sûr impossible de prévoir : le premier jour de l'opé-

ration, j'avais pénétré dans la portion de l'intestin située au-dessous du rétrécissement, et c'est là ce qui explique pourquoi les matières ne purent s'écouler, et ce n'est que le lendemain, alors que la persistance de l'interruption du cours des matières me fit penser qu'il y avait au-dessus de l'ouverture faite la veille un autre obstacle, que je pénétrai dans la portion de l'intestin située au-dessus du rétrécissement.

Quelle était la cause de ce rétrécissement? Pourquoi cette portion s'était-elle herniée de préférence? Ce sont là deux points importants qu'on peut tenter de résoudre de la manière suivante : la portion herniée avait déjà probablement plusieurs fois subi des accidents analogues à celui qui avait amené la malade à l'hôpital, et à la suite de ces inflammations successives il s'était rétréci, ainsi que cela arrive si fréquemment. Or c'était précisément cette portion qui avait l'habitude de sortir qui avait de nouveau et en dernier lieu fait hernie, car tout le monde sait que presque toujours c'est la même portion d'intestin qui se précipite dans le sac herniaire, et cela en raison de l'allongement plus considérable de la portion de mésentère qui lui donne insertion.

— M. Houel montre une tumeur cancéreuse du sein qui s'est gangrenée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Séance du 13 juin 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Robert. Lorsque M. Maisonneuve a présenté à la Société de chirurgie l'urétrotomie comme devant amener la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre, la Société tout entière s'est émue et s'est demandé sur quels faits notre collègue s'appuyait pour proposer une opération dont les résultats paraissent à un si haut point merveilleux et incroyables.

Pour ma part, j'adhère complétement aux objections qui lui ont été adressées, et je ne puis surtout admettre qu'une opération née d'hier puisse assurer d'avance une guérison radicale, lorsque tout le monde sait que le temps seul, et un temps fort long, est nécessaire pour sanctionner la cure des rétrécissements. Et d'ailleurs comment apprécier

une opération dont M. Maisonneuve n'a point encore énoncé les principes? Lorsqu'il a parlé de l'urétrotomie, a-t-il dit, en effet, dans quelles limites il entendait qu'elle fût faite? pratique-t-il une simple incision des tissus indurés? pénètre-t-il dans l'épaisseur des parois saines de l'urètre ou veut-il qu'on les traverse complétement? Sur ces points importants, notre collègue a gardé le silence. Et cependant ne sait-on pas que, lorsqu'il s'agit de diviser des parties profondes et des organes importants, il est indispensable de poser d'avance des règles précises qui puissent diriger la main de l'opérateur?

Si donc je prends la parole dans cette discussion, c'est moins pour m'occuper du travail de M. Maisonneuve que pour défendre le rapport de la commission du prix d'Argenteuil plusieurs fois mis en cause, et dont les conclusions me paraissent avoir été mal interprétées par plusieurs de nos collègues.

On a en effet parlé de l'urétrotomie en général, et on a paru croire que l'Académie avait sanctionné la méthode de M. Reybard comme applicable à tous les rétrécissements. Cette erreur est grave, et le rapporteur de la commission, plus que tout autre, tient à honneur de la réfuter. J'ai dit dans mon travail que cette méthode devait être réservée comme une ressource extrême applicable seulement à certains cas spéciaux, et notamment aux rétrécissements réfractaires à toutes les méthodes jusqu'ici connues.

Je demande donc à la Société de chirurgie la permission de faire connaître en deux mots et d'une manière bien précise comment, suivant moi, la question de l'urétrotomie doit être envisagée.

La dilatation, comme on sait, est la méthode la plus généralement employée dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Tantôt elle l'est seule, tantôt elle est associée à des scarifications ou à des incisions plus profondes faites sur les tissus malades; ces diverses opérations sanglantes ne sont à proprement parler que des adjuvants de la dilatation, qui reste toujours la méthode principale. Or tout le monde sait que ce traitement n'est que palliatif et n'a presque jamais qu'une efficacité temporaire. M. Reybard, mieux que tout autre, en a fait connaître la raison : c'est que, toutes les fois qu'il y a rétrécissement de l'urètre, la membrane muqueuse est convertie en un tissu fibreux, rétractile, élastique, comme les tissus cicatriciels; en un mot, elle n'existe plus, et aucun procédé de l'art ne saurait la reconstituer. Tous les chirurgiens connaissent si bien cette impuissance de la dilatation qu'après le traitement ils ne manquent pas de recommander aux malades d'introduire de temps à autre dans l'urètre des bougies destinées à en pré-

venir le retrait. Précaution illusoire ou trop souvent négligée, car il n'est pas rare de revoir, soit dans la pratique civile, soit surtout dans les hôpitaux, des malades déjà plusieurs fois traités et guéris par la même méthode et qui viennent de nouveau réclamer nos soins.

Malgré ces inconvénients, la dilatation, il faut le dire, convient exclusivement à la majorité des cas, car elle peut être employée sans danger, et elle suffit pour conserver aux malades une intégrité fonctionnelle de l'urètre à peu près compatible avec l'état de santé.

Mais il est des cas où elle est complétement insuffisante : je veux parler de ces rétrécissements durs, calleux, comprenant quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'urètre, rétrécissements sur la fréquence desquels M. Guérin a appelé récemment l'attention de la Société : on les observe surtout à la suite des déchirures du canal ou des inflammations blennorrhagiques violentes qui ont envahi à la fois la membrane muqueuse et le tissu spongieux de l'urètre. Ils ont pour siége spécial la portion scrotale ou pénienne de ce canal, et en palpant celui-ci on les reconnaît facilement tantôt sous la forme de plaques ou d'anneaux circulaires, tantôt sous celle de noyaux olivaires ou fusiformes qui peuvent avoir jusqu'à plusieurs centimètres de longueur.

L'on sait que tous les moyens connus échouent le plus souvent contre les lésions de ce genre. La dilatation ne peut être employée seule, les scarifications, les incisions plus profondes même, quand elles ne dépassent pas de beaucoup les limites du mal, ne peuvent lutter contre la tendance de ce tissu fibreux à la rétraction, et cette tendance est parfois si rapide que, malgré l'emploi quotidien des bougies, on voit le canal devenir de plus en plus étroit jusqu'à ce que le cours de l'urine soit sérieusement menacé. J'en appelle ici à l'expérience de tous mes collègues, et je leur demande s'ils n'ont pas vu plusieurs fois des cas de ce genre, et si, comme moi, ils n'ont pas été désespérés de l'impuissance des procédés connus ? C'est en présence de ces difficultés que le chirurgien est obligé de chercher des moyens plus puissants, même avec la pensée que ces moyens peuvent devenir la source d'accidents sérieux et même de dangers. C'est dans ces conditions qu'il faut, je pense, se placer pour apprécier à sa juste valeur l'urétrotomie suivant la méthode de M. Reybard.

Voici, du reste, par quelle série d'idées le chirurgien de Lyon a été conduit à sa méthode.

D'abord il avait pratiqué sur la muqueuse urétrale des incisions multiples suivies de la dilatation pour modifier la surface des rétrécissements. L'insuccès de ce moyen le fit recourir à des incisions plus profondes, à

peu près comme celles que pratique aujourd'hui M. Civiale. Les résultats qu'il obtenait n'étant guère plus avantageux, il fut conduit à pratiquer de grandes incisions sur la muqueuse de l'urètre, incisions comprenant toute l'épaisseur des parois de ce canal. Les bords de la plaie étaient simplement écartés, afin d'obtenir une cicatrice large, dont la surface venait augmenter le diamètre de l'urètre. Les succès que ce chirurgien obtint par cette méthode le conduisirent alors à rechercher quelles étaient les causes qui avaient amené ces guérisons.

Ici nous allons voir M. Reybard venant apporter à sa nouvelle méthode opératoire l'appui de ses recherches expérimentales sur les animaux.

On ne peut s'empêcher de reconnaître tout d'abord qu'il existe, même à l'époque actuelle, une lacune regrettable dans l'anatomie pathologique des cicatrices. Je veux parler surtout de celles qui succèdent aux plaies des membranes muqueuses. On peut les comparer avec les plaies des parties profondément situées sous la peau. On sait, depuis les belles recherches de Hunter et de M. Jules Guérin, que la cicatrisation s'effectue dans ces cas d'une manière particulière : sans production de pus, sans formation de bourgeons charnus, et surtout sans la production de ce tissu fibreux de cicatrice dont les propriétés spéciales ont été si bien étudiées par Delpech.

Les plaies des membranes muqueuses offrent-elles ce même mode de cicatrisation? D'après les faits, peu nombreux il est vrai, d'observation de plaies de ces membranes, on peut l'admettre dans certains cas. Voyez en effet ce qui se passe dans les plaies simples de la muqueuse buccale, du vagin, et même à la suite des excisions de la conjonctive. Mais pour que cette cicatrisation soit régulière, il faut, comme condition indispensable, l'absence de l'inflammation pyogénique.

Expérimentant sur les animaux, M. Reybard a vu qu'en pratiquant des incisions longitudinales à l'urètre, si on maintient les bords de la plaie écartés pour les empêcher de se réunir, on obtient, dans les cas où l'inflammation n'est pas trop vive, une cicatrice que ce chirurgien a appelée cicatrice intermédiaire, et dont les propriétés de tissu sont des plus remarquables. Cette cicatrice est formée en effet par une pellicule mince, lisse, non différente par son aspect de la muqueuse urétrale, reposant sur le tissu spongieux de l'urètre et sur le tissu cellulaire qui l'environne, et ne présentant pas cette rétractilité caractéristique du tissu cicatriciel ordinaire. Cette cicatrice, en s'ajoutant aux parois de l'urètre, en augmente l'étendue ; c'est ainsi qu'elle guérit le rétrécissement.

L'importance des propriétés de ce nouveau tissu a engagé la commission de l'Académie à répéter les expériences de M. Reybard pour en constater l'exactitude. Vous savez que le rapporteur, après avoir pratiqué l'urétrotomie sur des chiens, a trouvé des résultats identiques à ceux qui avaient été annoncés par le chirurgien de Lyon, et dont l'exactitude a été constatée de nouveau par la commission.

Mais, dira-t-on, peut-on conclure de ces expériences faites sur les animaux aux opérations que l'on a à pratiquer sur l'homme dans cette même région ? Si dans certaines expérimentations on a objecté la structure différente des organes, ici on agit sur des tissus dont les propriétés, les usages enfin sont tout à fait semblables. Du reste, une observation recueillie sur l'homme a montré que les résultats étaient identiques à ceux que l'expérimentation avait produits sur les animaux.

La commission de 1846 a constaté sur l'homme le mode suivant lequel avait eu lieu cette cicatrisation.

J'invoque ici le témoignage de M. Gerdy, rapporteur de cette commission. L'examen des pièces pathologiques fut fait par A. Bérard. « Il » constata que l'urètre présentait au niveau des plaies un aspect très » lisse, sans épanchement de sang, ni infiltration d'urine. Les plaies » anciennes semblaient cicatrisées, et la pellicule de la cicatrice était » mince et souple. Au niveau des parties incisées, l'urètre avait acquis » des dimensions considérables. » (*Rapport à la commission* 1846.)

Ces résultats fournis par l'anatomie pathologique acquièrent une grande valeur par leur concordance avec les faits cliniques que nous allons passer en revue.

L'observation, en effet, est venue à son tour démontrer la possibilité de la guérison radicale des rétrécissements.

Je me bornerai à rappeler ici les faits consignés dans les deux rapports faits à l'Académie de médecine en 1846 et en 1852, et qui se trouvent reproduits avec détails dans l'ouvrage de M. Reybard.

Parmi ces guérisons, les membres de la commission de 1846 ont constaté « celle d'un malade opéré dix mois auparavant : il conservait » l'urètre aussi large qu'après l'incision, bien que depuis plus de six » mois il se fût abstenu de passer des bougies. » C'est M. Gerdy qui a constaté ce fait dans son rapport à l'Académie; vous savez, messieurs, quelle sévérité notre collègue apporte à l'examen des faits.

Mais le plus grand nombre de ces opérations a été pratiqué en présence des chirurgiens les plus honorables de Lyon, qui les ont contrôlées et ont constaté la guérison des malades deux, trois et quatre

années après l'opération : qu'il me suffise de citer les témoignages de MM. Bonnet, Barrier, Valette, Levrat et Brachet.

On peut donc regarder l'urétrotomie comme une opération rationnelle, fondée sur les expérimentations chez les animaux, sur l'anatomie pathologique et sur l'observation clinique.

Mais nous ne prétendons pas que cette opération soit toujours couronnée de succès et qu'elle mette les malades constamment à l'abri de la récidive. Nous avons insisté sur ce fait dans notre rapport, et nous avons même posé les conditions de cette récidive. En effet, elle doit avoir lieu toutes les fois qu'une inflammation vive et suppurative s'est emparée de la plaie et y a amené le développement de bourgeons charnus.

Quant aux accidents qui peuvent survenir, ils sont certainement une objection que l'on peut adresser à l'urétrotomie ; mais ils ne doivent pas la faire rejeter entièrement. Ne sait-on pas que les opérations les plus simples pratiquées sur l'urètre n'en sont pas exemptes ? On a vu de simples scarifications être suivies d'abcès et même d'accidents mortels. Les incisions plus profondes, telles que les pratique M. Civiale, n'en sont pas plus exemptes, et M. Richard, ici présent, vous dira qu'il a vu succomber dans sa pratique deux malades aux suites de ce procédé d'urétrotomie. D'un autre côté, lorsque tous les moyens ont échoué contre le rétrécissement, et que celui-ci tend à se reproduire avec rapidité, n'est-on pas autorisé à mettre en usage un moyen plus puissant, malgré ses dangers ?

C'est donc à la sagacité du chirurgien à limiter les cas où l'urétrotomie doit être employée, et à en faire un usage très réservé.

Il est impossible maintenant que vos esprits puissent conserver l'idée que je regarde l'urétrotomie comme une de ces ressources que l'on peut souvent appliquer au traitement des rétrécissements de l'urètre, et je ne puis mieux faire que de reproduire ici l'opinion que j'avais formulée dans mon rapport à l'Académie en 1852.

« On ne saurait disconvenir, disais-je, que l'urétrotomie ne soit une » opération sérieuse, et qu'elle ne puisse provoquer de graves acci» dents ; mais, d'un autre côté, qu'on se reporte au pronostic des ré» trécissements urétraux auxquels cette opération peut être appliquée ; » qu'on se rappelle la série des infirmités et des souffrances qui empoi» sonnent et abrégent la vie des malades, et qu'on juge si, dans de » telles circonstances, il n'est pas légitime de recourir à une ressource » efficace, bien qu'elle ne procure la guérison qu'au prix de quelques » dangers. »

Pour conclure : Les études de M. Reybard sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, ses expérimentations sur les plaies de ce canal, ont conduit ce chirurgien à une idée thérapeutique nouvelle et rationnelle. Loin de moi la pensée que son procédé opératoire ne puisse être modifié et perfectionné. Mais ce chirurgien est le seul, jusqu'à ce jour, qui ait posé et résolu le problème de la cure radicale des rétrécissements anciens et indurés, et c'est à ce titre seul que l'Académie de médecine a couronné ses travaux.

Je vous demande pardon, messieurs, d'avoir trop insisté peut-être sur des faits déjà connus de vous. J'ai tenu à honneur d'établir ici la pensée qui a dicté le rapport de la commission du prix d'Argenteuil, et de répondre ainsi à d'injustes critiques.

M. Maisonneuve se plaint de la vivacité avec laquelle sa communication a été attaquée dans les séances précédentes, et il s'étonne surtout que l'argumentation ait porté presque tout le temps à côté de la question. Il groupe néanmoins sous quatre chefs les reproches qu'on lui a faits, et se propose de répondre séparément sur chacun de ces points.

1° Un chirurgien a répété plusieurs fois que le travail de M. Maisonneuve n'était pas sérieux, car il ne s'agissait en résumé que d'un petit bout de bougie. On peut considérer, au contraire, comme très sérieuse une méthode qui permet d'obtenir instantanément la guérison d'un rétrécissement. Jamais jusqu'à ce jour on n'avait pu faire uriner sur-le-champ un malade affecté d'un de ces rétrécissements anciens, durs, calleux; jamais, en un mot, on n'avait obtenu un de ces succès comme celui qui a été réalisé chez le malade du service de M. Velpeau. Un seul cas de ce genre montre que la méthode nouvelle a de la valeur.

2° Plusieurs membres de la Société ont accusé M. Maisonneuve d'avoir, dans sa première réponse, abandonné les opinions formulées dans son travail, ou de les avoir modifiées notablement. On a même paru le féliciter d'avoir changé de manière de voir. Il a été fort surpris de telles allégations. Il a dit, en effet, qu'il admettait les rétrécissements infranchissables; mais où donc avait-on vu qu'il prétendait les franchir tous? où donc a-t-il dit qu'il guérissait tous les rétrécissements? On lui a contesté que ses cures fussent radicales. Mais il n'a jamais prétendu qu'il guérissait radicalement; il n'y a pas un mot de cela dans son mémoire.

L'instantanéité, il ne la revendique pas davantage; au contraire, puisqu'il a dit dans son mémoire que la science possédait déjà des moyens analogues. M. Maisonneuve renvoie ses contradicteurs à ce

mémoire, dont il cite quelques passages ; ils verront que rien n'y motive les reproches qu'on lui a adressés. Il a voulu seulement montrer que sa méthode de cathétérisme était susceptible d'applications nombreuses, et préciser ces applications.

Il n'a donc rien à désavouer, rien à rétracter ; les opinions qu'il avait, il les conserve sans les modifier, sans y changer un mot. Il est possible qu'il se trompe, et que ses procédés soient mauvais ; mais c'est ce qu'il faut démontrer, au lieu d'invoquer une rétractation qui n'a jamais eu lieu.

3° M. Lenoir, dans un discours très bien fait, s'est attaché à montrer que la méthode de cathétérisme sur conducteur que M. Maisonneuve a imaginée il y a dix ans ne lui appartenait pas, et que depuis longtemps les principes en existaient dans la science ; il a cité les tentatives et les instruments de M. Amussat. Or, ce mode de cathétérisme, M. Maisonneuve le revendique énergiquement. Jamais on n'avait rien fait de semblable avant lui, et il a bien réellement inventé le cathétérisme sur conducteur. Cette opération a rendu et rend tous les jours les services les plus précieux. Il ignore si dans les hôpitaux de Paris il est d'un usage général ; mais il est adopté en grand par les praticiens de la ville et de la province. Avant cette invention, le cathétérisme amenait les plus funestes accidents ; tous les jours on faisait des fausses routes, et à Bicêtre, en particulier, on peut constater les bienfaits de la méthode de M. Maisonneuve.

L'instrument de M. Amussat n'a aucun rapport avec la sonde à conducteur. C'est une très longue sonde en baleine, qu'il fallait d'abord introduire, pour en introduire une autre ensuite. Mais dans les cas de rétention d'urine il fallait d'abord introduire la première sonde et passer à travers le rétrécissement ; or, c'est ce qu'on ne pouvait jamais faire.

M. Lenoir. Et la sonde de Marjolin ?

M. Maisonneuve. Il est possible que cette sonde existât ; elle existait, puisque M. Lenoir le dit : mais personne ne la connaissait, personne ne s'en servait. D'ailleurs, ce n'est pas là le cathétérisme sur conducteur. Cette méthode a encore un avantage immense, c'est de n'exiger aucun instrument spécial ; il s'agit uniquement d'une bougie et d'une sonde qu'on trouve partout, et au moyen desquelles on est toujours sûr de pénétrer. Bien des fois il a été appelé pour des rétentions d'urine, toujours il en a triomphé. Pour sa part, il n'a jamais rencontré de prostates infranchissables. Il maintient donc son opinion, sans y rien changer, et sur la priorité de l'invention et sur les grands avantages de sa méthode de cathétérisme.

4° M. Lenoir demande encore si on est sûr d'introduire l'instrument quand la bougie filiforme a traversé l'obstacle. Oui, cette introduction est facile, car il y a très peu de différence de volume entre la bougie et l'urétrotome. Cet appareil instrumental, a-t-on dit, n'est pas nouveau; il consiste seulement dans l'articulation d'une bougie avec une canule. On trouve qu'il ressemble à l'urétrotome de M. Ricord. Cela n'est pas exact. L'instrument de M. Ricord est bien différent; et la ressemblance fût-elle plus grande, ce dernier est tout à fait tombé en désuétude.

Certes M. Maisonneuve ne passe pas dans tous les rétrécissements, et il n'a pas la prétention de s'engager dans les urètres oblitérés. Mais quand une fois l'obstacle est traversé par la bougie, l'urétrotome à son tour s'engage constamment.

M. Giraldès demande à M. Maisonneuve s'il n'est jamais arrêté par l'ajutage lui-même, et s'il est vrai que pendant l'opération pratiquée sur le malade du service de M. Velpeau il ait rencontré une difficulté de cette nature. On lui a dit qu'à un certain moment de l'opération, M. Maisonneuve ne pouvait plus ni faire avancer ni faire reculer la bougie et le conducteur, dont l'ajutage était maintenu fixé dans le point rétréci.

M. Maisonneuve reconnaît que M. Giraldès est bien renseigné; l'incident a eu lieu en effet. Il avait associé une bougie de M. Mathieu avec un conducteur métallique de M. Charrière. Il ne s'était pas aperçu que l'ajutage était volumineux. Comme la séance opératoire avait déjà duré longtemps, il eut un instant la velléité de remettre l'opération au lendemain, et s'aperçut, en voulant retirer l'instrument, que celui-ci était retenu dans le point rétréci. Il ne savait pas la cause de cette difficulté, et il se décida alors à terminer l'opération : ce qu'il fit avec succès. Il reconnut sans peine alors la raison de l'incident.

Cela l'a engagé à prendre des précautions et à perfectionner les instruments. En rendant les ajutages plus solides, il ne craint plus de voir la bougie se séparer du conducteur et rester dans la vessie, et il le répète encore, l'introduction du conducteur n'offre jamais de difficultés sérieuses après le passage préalable de la bougie.

M. Maisonneuve a encore modifié l'incision, d'après le conseil de M. Michon. Il fait d'abord la scarification en haut, puis l'incision avec le lithotome en bas. M. Lenoir a fait de singulières objections au lithotome, et c'est probablement faute d'y avoir réfléchi. Cet instrument coupe par un tout autre mécanisme que tous les urétrotomes connus.

Ceux-ci coupent d'arrière en avant et d'avant en arrière ; aucun ne coupe réellement de dedans en dehors.

On a dit que la lame pouvait casser ; cette crainte est chimérique.

M. Lenoir a dit que la lame pouvait casser, parce que cela est vrai, et parce qu'en répétant des opérations à l'amphithéâtre, il a vu trois ou quatre fois casser cette lame en essayant d'inciser longitudinalement l'urètre sain.

M. Maisonneuve se tourmente peu de cette objection ; il affirme seulement que le lithotome introduit dans le point rétréci ne peut s'ouvrir sans couper l'obstacle ; c'est à mesure que celui-ci est divisé que la lame fait de plus en plus saillie ; qu'il y ait un ou plusieurs rétrécissements, on les coupera tous sans diviser la muqueuse.

Une fois le lithotome introduit, on presse sur le ressort pour faire saillir la lame, et l'on incise en retirant l'instrument dans l'étendue de 2 à 3 centimètres.

Maintenant, M. Maisonneuve incise-t-il indistinctement tous les rétrécissements ? Eh, non sans doute ! Il incise ceux qu'il convient d'inciser, et traite les autres comme il convient.

M. Robert n'hésite point à accorder à M. Amussat la priorité du cathétérisme sur conducteur, qui date de 1823. Il a vu, à cette époque, les instruments de ce chirurgien ; il en a même un chez lui depuis fort longtemps. M. Robert donne ici une courte description de l'appareil conducteur en question.

M. Maisonneuve. Passons sur l'instrument et sur la date. Comment M. Amussat l'introduisait-il ?

M. Robert. Mais comme tout le monde peut le faire et l'a fait.

M. Maisonneuve affirme qu'il ne l'introduisait pas, qu'il ne l'a jamais employé. Il demande à M. Robert s'il a vu M. Amussat mettre en usage son instrument, et s'il l'a employé lui-même.

M. Robert répond par l'affirmative. Il sait que M. Amussat s'en est servi, et lui-même l'a mis en usage. La Société de chirurgie ne peut laisser passer sans protester un fait de priorité si facile à trancher. L'instrument de M. Amussat est absolument semblable à celui de M. Maisonneuve ; on s'en sert de la même manière.

M. Maisonneuve articule deux instruments, l'un très mince, très flexible, l'autre très rigide ; qui dit que ce dernier ne viendra pas arcbouter contre l'obstacle comme le ferait l'extrémité libre d'un cathéter résistant ?

Combien de fois M. Maisonneuve a-t-il opéré ? Qu'il dépose donc enfin ses observations sur le bureau, afin qu'on puisse les examiner. Pour ju-

ger entre le procédé de M. Amussat et celui de M. Maisonneuve, il faut des documents. Le premier est tombé dans l'oubli ; son auteur l'a trouvé très précieux autrefois, ce qui n'en a pas pour cela généralisé l'usage. Le second procédé est nouveau ; M. Maisonneuve, qui en est l'auteur, le trouve très bon ; mais dans trente ans personne peut-être n'en parlera plus. Il faut donc attendre un peu plus longtemps pour proclamer son excellence.

M. Maisonneuve prétend que seul le lithotome coupe exactement le rétrécissement de dedans en dehors : c'est une erreur. Parmi les nombreux instruments de M. Reybard, il y en a un entre autres muni de deux lames qui se déploient comme des ailes, et qui coupent d'une manière très analogue. L'opération de M. Maisonneuve ne constitue donc pas une méthode, c'est tout simplement un procédé dérivé de celui de M. Reybard. On verra plus tard, et quand les observations de M. Maisonneuve seront connues avec détails, si on doit donner la préférence à la modification légère dont il est l'auteur.

M. Robert a ouï dire qu'à l'hôpital Cochin deux malades étaient morts d'infection purulente à la suite d'opérations faites par M. Maisonneuve. Cela est-il vrai ?

M. Maisonneuve répond que oui ; mais que sa méthode n'en est pas responsable, parce qu'à cette époque il n'opérait pas comme maintenant.

M. Robert objecte qu'en résumé, et quel que soit le procédé employé, il s'agissait d'incisions intra-urétrales suivies de mort. Dans toute cette discussion, il n'a pour but que de chercher la vérité, et il n'en fait nullement une question personnelle. Il désire ardemment le progrès ; si M. Maisonneuve en réalise un quelconque, il l'acceptera avec empressement ; il désire vivement et il appelle de tous ses vœux les perfectionnements ; mais encore une fois, pour savoir s'ils sont réels, il faut le contrôle du temps ; il faut examiner les faits, connaître les résultats, et ne point accepter comme tel tout changement apporté à la pratique usitée de nos jours.

M. Vidal avait fait porter son argumentation sur deux points, sur l'instantanéité de la guérison et sur la cure radicale. Ces deux mots ont des significations très précises, sur lesquelles il est facile de s'entendre. M. Maisonneuve s'est expliqué sur ces deux points, et il en résulte qu'il ne guérit les rétrécissements ni instantanément, ni radicalement ; mais bien seulement qu'il fait uriner instantanément. Or, M. Vidal remarque, en comparant le travail et les assertions de M. Maisonneuve avec un travail analogue et des assertions avancées autrefois par

Mayor, il remarque, dis-je, une similitude singulière. Ce sont les mêmes idées, les mêmes phrases, les mêmes prétentions, les mêmes succès constants et les mêmes résultats; on dirait les deux mémoires calqués l'un sur l'autre. Certainement il ne veut pas dire que M. Maisonneuve ait copié Mayor, mais la coïncidence est au moins remarquable; le procédé seul diffère. Mayor employait les grosses sondes, et il prétendait arriver partout et toujours à franchir les obstacles; il prétendait n'avoir jamais d'accidents.

Les observations que M. Vidal fit autrefois sur la méthode du chirurgien suisse lui valurent de la part de ce dernier des épithètes peu flatteuses, et suscitèrent une polémique dont on a gardé le souvenir.

Or, Mayor réussissait quelquefois; il échouait aussi. Le procédé compta des cas mortels entre les mains de Sanson et de M. Cloquet. M Vidal lui-même l'essaya; dans un cas il réussit, dans un autre l'obstacle fut franchi, mais le malade mourut. Le moyen n'était donc pas dépourvu de danger.

Or, il est probable que la comparaison se poursuivra jusqu'au bout. Le procédé de Mayor amena des accidents; celui de M. Maisonneuve en produira aussi. Il faut laisser le temps se prononcer.

Quant à la question de priorité pour le cathétérisme, M. Vidal, quoique n'aimant pas discuter sur ce terrain, affirme que les bougies de Marjolin remontent à une époque très éloignée. Lorsque l'orateur prit le service de l'hôpital du Midi, ces bougies y étaient fort connues; il y en avait la moitié d'une boîte toute remplie. A cette époque, il ne savait même pas quel était l'inventeur de cette variété de bougies, qui était déjà fort anciennement usitée.

Au reste, il est peut-être plus facile de s'entendre avec M. Maisonneuve qu'on ne paraît le croire. Il y a un certain nombre de points bien explicitement acquis au débat. M. Maisonneuve, en effet :

1° Passe, comme tout le monde, par les portes ouvertes;

2° Il fait parfois uriner les malades instantanément, comme cela arrive quelquefois à tout le monde;

3° Il répète fidèlement les opinions, les idées et jusqu'aux phrases de Mayor;

4° Enfin, il reconnaît l'existence de la sonde de Marjolin, qui a été imaginée depuis un temps immémorial.

Tout ceci simplifie beaucoup la question, et permet de voir ce qui réellement appartient à M. Maisonneuve.

M. Gerdy. Tous les procédés opératoires se composent de plusieurs manœuvres. Pour le cathétérisme, il en est une qui consiste à se servir

d'un conducteur pour mener une sonde daus la vessie. Or, cette manœuvre a été pratiquée par M. Amussat, et dans son *Traité des bandages*, M. Gerdy l'a décrite tout au long, en la rapportant à son auteur.

Si c'est la question de priorité qui est posée, la solution ne peut en être douteuse un seul instant. M. Gerdy a encore chez lui l'instrument de M. Amussat, et il s'en est servi bien des fois.

Mais s'il s'agit de l'emploi du moyen, ce n'est pas sans surprise qu'il entend dire qu'il n'y a plus, grâce à lui, de prostates infranchissables. Une assertion aussi absolue est impossible à accepter. M. Gerdy rapporte sommairement un cas de contusion du périnée avec sphacèle d'une partie de l'urètre, dans lequel on n'aurait certainement pas pu parvenir directement dans la vessie par un procédé quelconque.

M. Giraldès *proteste* de nouveau contre les deux expressions de cure instantanée et de cure radicale. Il n'y a qu'une chose d'instantanée, c'est l'évacuation possible des urines ; mais si on appelle cela une guérison, et surtout une guérison radicale, autant vaut le dire de toutes les opérations, et dire qu'une maladie quelconque est guérie par cela même qu'on vient de l'opérer.

M. Vidal. La discussion s'est beaucoup étendue. Il est évident qu'on a eu bientôt supprimé M. Maisonneuve, et que c'est de l'urétrotomie en général, de M. Reybard en particulier, qu'il a été question. Or dans les séances précédentes les opinions les plus opposées ont été formulées, et il est facile de voir parmi les membres de la Société des tendances tout à fait différentes.

Les uns ne veulent jamais d'urétrotomie, quels que soient les cas ; il se range lui-même volontiers dans cette catégorie; d'autres admettent le principe de cette opération et son utilité dans certaines circonstances; parmi ceux-ci, les uns se contentent des petites incisions, les autres veulent exclusivement les grandes, c'est-à-dire l'urétrotomie proprement dite. Il serait extrêmement important que la discussion fût maintenant régularisée, et qu'elle portât successivement sur les quatre points précédents, de façon que chacun pût se prononcer.

M. Robert a très nettement posé la question ; c'est dans cette voie qu'il faut marcher pour juger l'urétrotomie.

— M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu mercredi prochain, 27 juin 1855, et que la discussion actuelle sera reprise immédiatement après.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr Verneuil.

Séance du 20 juin 1855.

Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre un malade auquel il a pratiqué la résection de la moitié interne de la clavicule, et en fait voir ensuite un autre opéré par Blandin d'une résection de la moitié externe de cet os.

M. Voillemier montre un malade atteint d'une tumeur de la paupière supérieure gauche et de la joue correspondante. Cette tumeur se présente sous l'aspect d'une hypertrophie éléphantiaque du derme et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. Elle forme une espèce de lambeau charnu, épais, qui descend au-devant de l'œil, qu'il cache complétement. Il existe en même temps une atrophie remarquable de l'os temporal gauche. M. Voillemier se propose d'inciser cette tumeur; mais il craint que le releveur de la paupière, tiraillé outre mesure, n'ait perdu son action.

M. Follin rapproche le fait curieux dont M. Voillemier vient d'entretenir la Société de ceux publiés récemment par M. Valentine Mott dans les *Medico-chirurg. Transactions* (tome XXXVII, page 155). Le chirurgien américain a donné le nom bizarre de pachydermatocèle à une affection singulière de la peau qui se rapproche beaucoup de celle dont est atteint le malade de M. Voillemier. Cette maladie, dont la plupart des cas sont congéniaux, commence par une tache brunâtre, par un épaississement de la peau et des tissus sous-jacents, qui conservent toutefois une certaine mollesse; puis, en augmentant de volume, la tumeur se dispose sous forme de plis superposés en plusieurs étages. On a observé cette affection à la face, au cou, à la poitrine. L'analyse anatomique n'a fait voir là qu'une hypertrophie cellulo-fibreuse sans augmentation de la vascularité. L'extirpation a été plusieurs fois pratiquée, et plusieurs fois aussi suivie de récidive. Quelque hideuses que soient ces tumeurs, elles ne semblent point avoir compromis l'existence des individus qui en sont atteints.

ÉLECTIONS POUR LE RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

La Société procède aujourd'hui au renouvellement de son bureau.

Président, M. Gosselin, vice-président de la Société, ayant réuni l'unanimité des suffrages moins une voix, est nommé président de la Société pour l'année 1855-1856.

Vice-président, M. Chassaignac.

Secrétaire, M. Verneuil.

Vice-secrétaire, M. Laborie.

Trésorier, M. Houel.

Archiviste, M. Giraldès.

Comité de publication, MM. Cullerier, Gosselin, Chassaignac.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les travaux adressés à la Société pour le prix qu'elle a proposé, et sur les thèses envoyées au concours pour le prix Duval.

La commission (MM. Boinet, Robert, Bouvier) chargée d'examiner les travaux envoyés à la Société sur la question suivante : *déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale*, n'a reçu qu'un mémoire avec l'épigraphe : *Judicium difficile*. Après s'être livrée à une analyse et à une critique approfondie des idées émises dans ce travail, la commission, par l'organe de son rapporteur, M. Bouvier, propose :

1° De ne pas décerner de prix cette année;

2° D'accorder à l'auteur du mémoire qui est parvenu à la Société un encouragement de 200 fr. ;

3° L'impression de son travail dans les mémoires de la Société.

La Société décide en outre que le rapport de M. Bouvier sera imprimé à la suite de ce mémoire.

Ces conclusions adoptées par la Société, M. le président ouvre le paquet cacheté qui contient le nom de l'auteur du mémoire, et annonce que le travail auquel on vient d'accorder l'encouragement de 200 fr. est de M. le docteur Michel (de Strasbourg).

RAPPORT.

M. le docteur Broca lit le rapport suivant sur le prix Duval pour l'année 1854.

Messieurs,

Notre vénérable collègue Jacques-René Duval, membre de l'Académie de médecine et ancien membre de l'illustre Académie royale de chirurgie, a légué en mourant à notre Société une somme annuelle de 100 francs, destinée à être donnée en prix à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie soutenue dans l'année. Les candidats doivent remplir certaines conditions indiquées par le testateur, et formulées de la manière suivante dans la note que M. le secrétaire général a rendue publique :

« La Société de chirurgie de Paris fonde, à titre d'encouragement, » un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, à décerner à » l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le » courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent por- » ter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies » par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

» Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet » devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

» Sont admis seuls à concourir les docteurs qui ont rempli les fonc- » tions d'internes titulaires dans les hôpitaux civils, et ceux qui ont » eu un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Il découle clairement de ce texte, messieurs, que vous n'êtes pas chargés de récompenser indistinctement tous les travaux de chirurgie. Le sage testateur a voulu engager les candidats dans une voie déterminée qu'il croyait et qui est effectivement la meilleure. Il a voulu d'abord écarter du concours les thèses purement théoriques. L'histoire de l'art, qu'il possédait à un degré bien rare chez ses contemporains, lui avait démontré que la théorie pure n'introduit dans la science que des erreurs et des déceptions. L'observation seule fournit des bases solides et réalise des progrès durables. C'est au lit des malades, c'est dans les grands hôpitaux que les chirurgiens doivent puiser les premiers éléments de leur instruction et de leurs travaux. Le testateur a voulu, autant qu'il était en lui, faire pénétrer ces principes dans l'esprit de la jeunesse, et c'est ce qui l'a conduit à exiger comme première condition de la part des candidats un titre constatant qu'ils ont fait un service régulier et important dans les hôpitaux. Les internes titulaires des hôpitaux civils et les docteurs qui, avant de soutenir leur thèse, ont occupé une position équivalente dans les hôpitaux militaires ou maritimes, sont donc seuls admis à concourir.

Mais il ne suffit pas de voir par soi-même, il ne suffit pas de recueil-

lir des observations, de les grouper suivant un ordre plus ou moins méthodique, et d'en tirer, s'il y a lieu, des conséquences plus ou moins légitimes. Les travaux entrepris et exécutés dans cette direction peuvent jouir d'une vogue passagère ; mais le plus souvent ils ne restent dans la science que pour l'encombrer. L'observation, pour être utile, doit être bien faite, et celui-là seul sait bien observer qui a acquis des connaissances propres à le mettre en garde contre les causes d'erreur. Pour former le jugement, pour agrandir la pensée, pour prévenir les écarts de l'imagination, il n'est pas d'étude plus utile que celle de l'histoire. L'histoire signale les écueils semés en si grand nombre sur la route de l'observateur ; elle met sous nos yeux le spectacle des erreurs commises par nos devanciers, et nous apprend par là même à les éviter. Son utilité est plus grande encore. A elle seule il appartient de nous indiquer les véritables lacunes de la science, de nous épargner de laborieuses recherches sur des questions que d'autres ont déjà résolues, et de nous soustraire à cette accusation de plagiat qui sera la récompense de nos veilles, lorsque nous aurons usé nos forces à retrouver par nous-mêmes quelque découverte des anciens. Combien le progrès serait plus sûr et plus rapide si tous les observateurs connaissaient l'histoire de leur art, et si tous les érudits daignaient observer la nature ! On ne verrait plus chaque siècle recommencer l'œuvre des siècles précédents, et la science, au lieu d'osciller sans cesse, irait toujours en avant.

J.-R. Duval a donc fait une chose utile en instituant une récompense en faveur des élèves qui partagent leur temps entre l'hôpital, l'amphithéâtre et les bibliothèques, et qui, à la fin de leurs études, sont en mesure de traiter leur sujet de thèse à la fois sous le point de vue de la clinique et sous celui de l'histoire. Mais il y a une fausse érudition, qui consiste à citer de seconde main, sur la foi d'autrui, des auteurs qu'on n'a jamais lus, et à copier des renvois bibliographiques qui se se sont transmis de livre en livre, en s'altérant chaque fois, sans que personne ait jamais pris la peine de les vérifier. On arrive ainsi à fournir un texte tout émaillé de citations, et on se donne à bon marché un vernis d'érudition et de polyglottisme qui remplit le lecteur d'admiration. Bien des renommées se sont édifiées sur de semblables bases. Ces renommées ont été ou seront passagères, parce qu'elles sont de mauvais aloi. Lorsqu'on procède ainsi, on devient sans le vouloir le falsificateur de la science. Que de fois n'a-t-on pas attribué aux auteurs des opinions contraires à celles qu'ils ont professées ! Que de fois n'a-t-on pas altéré, défiguré certains faits, que d'autres faux savants ont

ensuite acceptés comme des faits différents de ceux dont ils n'étaient que la reproduction infidèle! Tous ceux qui ont vérifié des relevés d'observations ont eu l'occasion de voir la même histoire figurer jusqu'à trois fois sur le même tableau statistique. Tant d'erreurs déplorables ont pour point de départ une fausse érudition, plus blâmable cent fois que l'ignorance avouée. Le prudent testateur a appelé votre attention d'une manière toute spéciale sur la cause de ces falsifications scientifiques, en imposant aux candidats l'obligation de lire eux-mêmes le texte des auteurs originaux, et d'indiquer la source précise où ils puisent leurs citations.

Mais notre vénérable et regretté collègue a senti qu'il était impossible à l'élève le plus laborieux de satisfaire à toutes les conditions précédentes, s'il ne savait restreindre ses recherches à un cercle limité. Ce n'est pas en débutant dans la carrière qu'on peut, avec utilité pour la science, embrasser d'un seul coup d'œil les grandes questions générales, et les soumettre au double contrôle de l'observation et de la critique historique. Avant d'entreprendre une aussi grande tâche, il faut essayer ses forces sur des sujets moins vastes, et acheter au prix de longues veilles une expérience scientifique bien plus rare et bien plus difficile à acquérir que l'expérience du clinicien. L'interne qui termine ses études et qui se prépare à subir la dernière épreuve du doctorat est, au contraire, dans les meilleures conditions pour faire une utile monographie sur l'un des sujets pratiques qui ont fixé son attention pendant son séjour dans les hôpitaux. Déjà délivré du souci des examens, et encore étranger aux préoccupations de la clientèle, il a tout le temps nécessaire pour fouiller dans les annales de la science, pour dépouiller les recueils et pour mettre en présence les observations anciennes ou modernes avec celles qu'il a recueillies lui-même. Il serait à désirer que les candidats au doctorat comprissent tous ainsi leur tâche, la science y trouverait un double profit; elle y gagnerait de bonnes thèses et serait débarrassée des mauvaises. Pénétré de cette idée, J.-R. Duval a exigé que les recherches consignées dans les thèses admises au concours fussent, autant que possible, limitées à un seul sujet.

Telles sont, messieurs, les intentions de celui qui, à la fin d'une carrière si longue et si bien remplie, a tenu à s'asseoir au milieu de nous, et qui en nous quittant nous a laissé un dernier gage de son zèle pour les progrès de la chirurgie. Votre commission s'est efforcée de se conformer à la pensée du testateur; mais, avant de vous soumettre son jugement, elle a cru devoir vous rappeler les conditions posées par le fondateur du prix que vous allez décerner.

Dans notre première réunion, nous avons eu à résoudre une question préalable qui empruntait une certaine ambiguïté au laconisme du texte. Vous êtes appelés à couronner la meilleure thèse de chirurgie publiée en France *dans le courant de l'année*. Le prix Duval ayant été annoncé dans votre dernière séance publique, quelques personnes ont pensé que vous deviez choisir aujourd'hui parmi les thèses soutenues depuis le 5 juillet 1854 jusqu'à ce jour. Cette interprétation n'est pas admissible. Il est clair que, pour établir un jugement consciencieux dans un concours de ce genre, votre commission a besoin de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Il faut que chacun de ses membres ait le temps de lire avec soin les thèses qui lui sont soumises. Vous êtes obligés par conséquent de désigner vos commissaires deux mois au moins avant la séance publique. Or il faut que la liste des candidats soit close avant la nomination des commissaires. C'est une loi d'équité sans laquelle les concours n'offriraient plus de garanties; de telle sorte que, si on admettait cette première interprétation, les thèses soutenues pendant l'intervalle qui sépare l'élection de la commission de la séance publique seraient chaque année exclues du concours.

Telle n'a pu être l'intention du testateur. *Dans le courant de l'année* signifie donc *depuis le 1er janvier jusqu'au* 31 *décembre de l'année courante*. Votre commission a été unanime sur ce point.

Nous avons donc eu à choisir parmi les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1854 jusqu'au 31 décembre dernier.

Cela posé, six thèses vous ont été adressées par des candidats qui tous remplissent les conditions relatives au service dans les hôpitaux civils ou militaires. Mais l'une de ces thèses, soutenue depuis le 1er janvier 1855, n'a pu entrer dans la lice; elle a par conséquent été réservée pour le concours de l'année prochaine.

Notre attention s'est donc concentrée sur les cinq autres thèses, qui toutes sont remarquables et utiles à divers titres, mais qui ne répondent pas toutes également aux intentions exprimées par le fondateur du prix.

La thèse de M. Sarazin, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce, a été soutenue le 4 janvier 1854 et est intitulée *De la constriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement*. On lit à la première page de cette thèse : « La constriction des mâchoires est le » symptôme d'affections fort diverses.... En commençant cette thèse, » je me proposais d'en tracer l'histoire complète; le temps et les forces » m'ont manqué. » Cette déclaration faite par le candidat lui-même

suffit à elle seule pour vous montrer que sa thèse ne rentre pas dans le programme du concours ; ses études n'ont point porté sur un seul sujet, mais sur plusieurs sujets très différents. Le nombre et la variété des affections dans lesquelles la constriction des mâchoires peut survenir ont nécessairement disséminé les recherches de l'auteur sur un grand nombre de points et ne lui ont même pas permis de traiter complétement sa question. Ainsi le trismus tétanique est entièrement passé sous silence. M. Sarazin s'est occupé seulement dans trois paragraphes distincts des constrictions qui surviennent sous l'influence de l'inflammation, de celles qui sont le résultat d'adhérences et de cicatrices, et enfin de celles qui sont dues aux diverses maladies de l'articulation temporo-maxillaire. La nature en quelque sorte artificielle de ce sujet complexe ne se prêtait pas à des recherches historiques régulières ; mais nous devons louer l'auteur pour l'art avec lequel il a groupé les faits qu'il a recueillis lui-même et ceux qu'il a trouvés dans les recueils français et étrangers.

M. Aug. TITON, interne lauréat des hôpitaux de Paris, a soutenu le 29 août 1854 une thèse intitulée *Recherches cliniques et expérimentales sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées.* C'est un travail considérable, tout à fait hors ligne, entièrement original et bien supérieur à la plupart des publications qui ont été faites jusqu'ici sur le même sujet. Nous avons lu cette thèse volumineuse avec un intérêt qui s'est soutenu jusqu'à la fin. L'auteur, pendant la durée de son internat, s'est livré à de nombreuses recherches relatives à l'absorption des diverses préparations iodées administrées à l'intérieur et appliquées localement sur des tissus sains ou altérés. Il a étudié les effets physiologiques de l'iode, son action pathogénique sur certains organes, et les voies par lesquelles il est éliminé de l'organisme. Il a analysé lui-même plusieurs fois par jour les urines des nombreux malades qui ont été soumis sous ses yeux à la médication iodée. Enfin, il a présenté un historique complet de cette importante question thérapeutique, et la liste des auteurs qu'il a consultés n'occupe pas moins de 15 pages in-4° en petit texte.

Cette étude générale de l'iode, de son histoire, de ses propriétés et de son mode d'administration, remplit la plus grande partie de la thèse de M. Titon. Jusqu'ici on peut dire que les recherches de l'auteur ont porté sur un seul sujet, et elles répondraient pleinement aux conditions du concours si ce sujet était un sujet de chirurgie. Mais, bien que les chirurgiens se servent fréquemment de l'iode soit à l'intérieur, soit en frictions, soit en injections, bien que la thérapeutique chirurgicale ait

tiré de la découverte de ce précieux médicament plus de profit peut-être que la thérapeutique médicale, nous sommes obligés de voir dans la remarquable monographie de M. Titon un travail de matière médicale et de thérapeutique plutôt qu'un travail de chirurgie. On trouve, il est vrai, dans le chapitre IV de la thèse des faits et des préceptes relatifs à l'administration de l'iode dans plusieurs maladies chirurgicales; mais, à côté des syphilides et du lupus qui rentrent jusqu'à un certain point dans notre domaine, nous voyons de simples maladies de la peau, diverses affections non chirurgicales de l'utérus et la phthisie pulmonaire. L'auteur, du reste, ne s'est pas proposé de passer en revue toutes les maladies dans lesquelles l'iode peut être administré avec avantage. Ainsi il n'a parlé ni des manifestations locales de la scrofule, ni des accidents tertiaires de la syphilis, ni des nombreuses affections chirurgicales qui peuvent réclamer les injections iodées. Il a passé sous silence la plupart des applications de l'iode, se bornant à fournir quelques détails sur celles de ces applications qui l'avaient le plus frappé pendant son internat dans des services de *médecine*, à l'Hôtel-Dieu chez M. Piedagnel, à l'hôpital Saint-Louis chez M. Cazenave. En un mot, il est évident que sa thèse a été écrite au point de vue médical et non au point de vue chirurgical. Il n'a fallu rien moins que ces raisons catégoriques pour nous décider à écarter la thèse de M. Titon, thèse qui par son importance, son originalité, sa clarté, son excellente bibliographie et ses tendances pratiques eût certainement pu supporter le parallèle avec celle que vous couronnerez.

La troisième thèse est celle de M. Béraud, interne lauréat des hôpitaux de Paris et prosecteur à l'amphithéâtre de Clamart. Elle a été soutenue le 30 décembre 1854 et est intitulée *Essai sur le cathétérisme du canal nasal suivant la méthode de Laforest; nouveau procédé.*

Il y a longtemps déjà que M. Béraud a fixé son attention d'une manière toute spéciale sur les maladies des voies lacrymales internes, et nous n'hésitons pas à considérer le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine* comme le travail le plus important qui ait paru jusqu'ici sur ce sujet difficile. On avait beaucoup disserté sur la nature présumée et sur le traitement plus ou moins rationnel de la tumeur et de la fistule lacrymales; on avait imaginé plusieurs théories, un grand nombre de méthodes et une multitude de procédés, mais l'anatomie pathologique n'avait pas encore été interrogée; c'est à peine si dans toute la science on trouvait deux autopsies contradictoires, et tous les chirurgiens véritablement instruits avouaient que la pathologie

de ces affections était aussi inconnue que leur thérapeutique était incertaine.

M. Béraud a compris que sur ce point, comme sur tant d'autres, la science positive n'était pas même commencée, qu'il y avait là une grave lacune à combler, et que l'anatomie normale et l'anatomie pathologique pouvaient seules fournir des bases solides pour cette étude nouvelle. Il a donc entrepris une longue série de recherches, qui ont déjà réalisé un véritable progrès. Des dissections minutieuses lui ont permis de décrire avec précision les petits appareils valvulaires qui occupent le sac et le canal lacrymal, et de découvrir plusieurs particularités qui avaient échappé à ses devanciers. Aux deux autopsies que la science possédait avant lui, il en a ajouté huit autres. Eclairé par les résultats de ces premières recherches, il a recueilli sur le vivant un grand nombre d'observations dont il a interprété les détails à un point de vue nouveau. Votre commission, messieurs, a dû prendre connaissance de ces premiers travaux de l'auteur, et, quoiqu'elle ne partage pas toutes les opinions qui y sont émises, quoiqu'elle conserve des doutes sur certaines questions qui y sont résolues, quoiqu'elle y trouve encore bien des points obscurs, elle se plaît à reconnaître que M. Béraud, en appliquant pour la première fois la méthode anatomo-pathologique à l'étude de la tumeur lacrymale, a rendu à la science un service signalé.

La thèse de M. Béraud est en quelque sorte le complément de ses premières recherches. Convaincu par de nombreuses observations de l'inefficacité des moyens de traitement qui sont en vogue aujourd'hui, l'auteur a reporté ses espérances sur la méthode de Laforest, qui consiste, comme on le sait, à pénétrer dans les voies lacrymales de bas en haut par la fosse nasale correspondante. Il lui a paru que si cette méthode, tant préconisée à une certaine époque, avait été à peu près complétement abandonnée, cela tenait à la difficulté du cathétérisme pratiqué suivant les procédés connus, et il a été conduit à entreprendre de nouvelles études d'anatomie chirurgicale, pour instituer un procédé plus facile et plus sûr. Ces recherches d'anatomie et de médecine opératoire sont le sujet de la thèse que nous avons à apprécier.

M. Béraud commence par exposer dans les plus grands détails l'anatomie chirurgicale des voies lacrymales internes. Il précise mieux qu'on ne l'avait fait avant lui la situation, les dimensions, la direction, la structure du canal nasal osseux et membraneux. La position de l'orifice inférieur de ce canal a surtout attiré son attention, car c'est d'elle que

dépend tout le succès des manœuvres opératoires. De nombreuses mensurations lui ont démontré que cette position varie beaucoup chez les divers sujets, et qu'elle est liée aux variations de la direction du canal nasal. Après plus d'un tâtonnement, il a cru trouver un moyen infaillible de reconnaître sur le vivant, par la simple inspection du visage, la situation précise et la direction du canal nasal. Suivant lui, la distance qui existe entre le grand angle de l'œil droit et celui de l'œil gauche est toujours égale à celle qui sépare l'orifice inférieur de ce canal du bord de la narine correspondante, et il tire parti de la constance de ce rapport pour faciliter l'opération du cathétérisme.

Le second chapitre est consacré à l'histoire des divers procédés de cathétérisme qui ont été employés jusqu'à ce jour. L'auteur les expose avec soin, puis il les critique, et s'efforce d'en démontrer l'insuffisance. Cela le conduit à instituer un procédé nouveau, dont la description remplit entièrement le chapitre troisième.

La particularité la plus remarquable de ce procédé est la suivante : M. Béraud, après avoir reconnu que la direction du canal était sujette à beaucoup varier, a pensé qu'il était impossible de pénétrer dans ce canal avec la même sonde chez tous les individus. Il a donc fait construire plusieurs cathéters de courbures différentes. Pour reconnaître quel est celui de ces cathéters qui convient dans chaque cas particulier, on mesure la distance qui sépare l'un de l'autre les deux angles internes des yeux. Plus cette distance est considérable, plus la courbure du cathéter doit être forte. L'instrument, une fois choisi, est introduit directement jusqu'à la profondeur déterminée par la mensuration précédente. C'est à cette profondeur que se trouve exactement l'orifice inférieur du canal nasal. On évite ainsi les tâtonnements douloureux, les fausses manœuvres et les autres inconvénients qui ont fait rejeter les anciens procédés, et qui se retrouvent encore dans le procédé du *tour de maître*, imaginé par M. Gensoul. Nous apprécierons tout à l'heure la valeur du procédé de M. Béraud ; mais auparavant terminons l'analyse de sa thèse.

Dans le quatrième et dernier chapitre, l'auteur examine l'utilité du cathétérisme du canal nasal. Cette utilité est double : elle est relative au diagnostic et au traitement des affections des voies lacrymales. L'auteur, dans ses premières publications, ayant prouvé l'existence de quatre variétés de tumeurs lacrymales, il lui importait de trouver des caractères propres à établir le diagnostic de ces variétés. C'est ce qu'il s'est efforcé de faire dans sa thèse ; mais n'ayant eu qu'une seule fois l'occasion de recourir à ce moyen d'exploration, il a cru pouvoir pro-

céder *à priori*, et deviner par le raisonnement les signes diagnostiques des divers groupes de tumeurs lacrymales. Or c'est là une voie bien souvent trompeuse, et nous devons nous borner à faire des vœux pour que M. Béraud ait rencontré juste dans ses prévisions. Le seul fait clinique qu'il invoque à l'appui de ce diagnostic théorique n'a pas toute la valeur désirable. Nous devons donc, avant de rien conclure, attendre que l'expérience ultérieure ait prononcé.

Dans un court paragraphe qui termine sa thèse, l'auteur se demande si la méthode de Laforest est appelée à rendre des services dans le traitement des tumeurs et des fistules lacrymales. Il pense que cette méthode n'a été rejetée qu'à cause de la difficulté du cathétérisme, et qu'elle va reprendre faveur maintenant que ces difficultés sont surmontées par un nouveau procédé. Mais ce n'est là qu'une espérance, ainsi que cela résulte clairement de la phrase suivante : « Je n'ai pas » les éléments nécessaires pour juger la question, mais je puis prévoir » dès maintenant qu'avec les notions précises que le diagnostic nous » fournira, on obtiendra désormais des succès plus fréquents au moyen » de la cautérisation, de la dilatation et des injections pratiquées sui- » vant la méthode inférieure. »

Votre commission, messieurs, fait les mêmes vœux que M. Béraud ; mais elle ne peut se dissimuler qu'il y a une grande différence entre une éventualité plus ou moins probable et un fait accompli qui seul constitue le véritable progrès. D'ailleurs, elle ne pense pas que la méthode de Laforest ait été rejetée à cause des difficultés du cathétérisme. Tout en reconnaissant l'originalité du procédé de M. Béraud et tout en étant disposés à croire qu'il est bon, nous devons dire que les anciens procédés, et notamment celui de M. Gensoul, suffisaient pleinement aux besoins de la pratique. La plupart de vos commissaires ont pendant plusieurs années dirigé un très grand nombre d'élèves dans les manœuvres de la médecine opératoire ; ils ont répété ou fait répéter bien des fois sous leurs yeux le cathétérisme du canal nasal, et, sans avoir connaissance du procédé de M. Béraud, ils n'ont jamais vu que ce cathétérisme présentât de sérieuses difficultés. Tout le monde, il est vrai, sait que sur le vivant on rencontre quelquefois des obstacles insurmontables ; mais ces obstacles dépendent de l'état morbide du canal nasal, et non de la nature du procédé qu'on emploie. Le procédé de M. Béraud réussira-t-il mieux que les autres dans ces cas difficiles? Cela n'est pas impossible. Cela est peu probable cependant ; quoi qu'il en soit, l'expérience n'en a pas encore été faite, et jusque-là l'utilité de cette innovation est au moins incertaine.

En résumé, messieurs, le travail de M. Béraud est une œuvre consciencieuse, pleine d'originalité, très intéressante sous le rapport anatomique, et digne d'une sérieuse attention sous le rapport de la médecine opératoire. Mais elle est entièrement théorique; elle a été faite à l'amphithéâtre, elle ne repose pas sur des faits cliniques, car il est digne de remarque que la seule observation rapportée dans la thèse est relative à un malade sur lequel le cathétérisme du canal nasal fut pratiqué suivant l'ancien procédé. L'œuvre qui vous est soumise ne porte donc pas ce caractère clinique que le fondateur du prix a exigé d'une manière si formelle. Ce n'est pas sans regret que nous la mettons hors de cause, et nous devons déclarer que si M. Béraud eût joint à sa thèse les importantes recherches pratiques qu'il a consignées dans ses précédentes publications sur le même sujet, nous n'aurions pas hésité à lui décerner le prix.

Les deux dernières thèses répondent pleinement à toutes les conditions du concours. Elles sont relatives l'une et l'autre à des affections traumatiques du squelette; elles ont été conçues et rédigées dans le même esprit, soutenues le même jour, et devant les mêmes juges. Voilà bien des points de contact; et nous pouvons pousser plus loin ce parallèle, car ces deux thèses sont dues à deux aides d'anatomie de la Faculté de médecine, tous deux internes et tous deux lauréats des hôpitaux de Paris.

Elles portent la date du 8 avril 1854. L'une est intitulée *Mémoire sur les luxations du coude*, par M. PAUL DENUCÉ; et l'autre *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur,* par M. ULYSSE TRÉLAT.

Le sujet de chacune de ces thèses est nettement circonscrit, et quoique les fractures de l'extrémité inférieure du fémur présentent plusieurs variétés bien distinctes, quoiqu'on puisse établir parmi les luxations du coude des groupes plus nombreux et plus distincts encore, on peut dire en toute exactitude que les recherches de chacun des deux candidats ont porté sur un seul sujet. Ces deux monographies renferment des observations originales recueillies dans les hôpitaux; les auteurs y ont joint la plupart des faits de même ordre consignés dans les recueils; enfin ils ont interrogé l'histoire, et l'œuvre de chacun d'eux peut être considérée comme l'expression exacte de l'état actuel de la science. Seules parmi celles qui ont été présentées au concours, ces deux thèses présentent donc toutes les conditions exigées par le fondateur du prix.

Sous le rapport de la méthode qu'ils ont suivie, les deux candidats

ont également droit à votre approbation. Rejetant ces raisonnements *à priori* qui ont exercé une si fâcheuse influence sur l'histoire des fractures et des luxations, l'un et l'autre ont fait reposer leurs descriptions sur l'analyse des faits positifs. Pour cela, ils ont commencé par réunir un grand nombre d'observations, puis ils les ont groupées, comparées, critiquées, et c'est alors seulement que, sûrs de ne pas s'écarter de la réalité, ils ont entrepris leur œuvre définitive.

La tâche de M. Denucé était beaucoup plus étendue et beaucoup plus épineuse que celle de M. Trélat. Les luxations du coude forment quatre grands groupes qui renferment chacun plusieurs genres, et dont les variétés connues sont déjà au nombre de vingt et une ; les fractures de l'extrémité inférieure du fémur peuvent au contraire se ramener à trois espèces : les fractures sus-condyliennes, les fractures d'un seul condyle et les fractures des deux condyles.

La simplicité plus grande du sujet a permis à M. Trélat de faire marcher de front l'histoire de ses trois fractures. M. Denucé, au contraire, a été obligé de consacrer une description spéciale à chaque genre de luxation, et le soin qu'il a pris de reproduire les observations qui établissent les caractères de chacun de ces genres et de chacune de leurs variétés a nécessairement rendu sa thèse fort longue. Craignant toutefois que cette méthode analytique ne nuisît à l'ensemble et à l'harmonie de son œuvre, il a placé en tête de sa thèse des considérations générales applicables à toutes les luxations du coude. C'était la partie la plus difficile du sujet. Ce travail de généralisation est réellement original, et ne remplit pas moins de 90 pages. Afin d'apprécier exactement le mécanisme des diverses luxations du coude, l'auteur étudie sous le point de vue chirurgical l'anatomie et la physiologie de cette articulation compliquée. Il insiste en particulier sur un ligament, inconnu avant lui, qui limite les mouvements de l'articulation radio-cubitale supérieure, et qu'il décrit sous le nom de *ligament carré.* Arrivant ensuite à l'étude des mouvements, il indique avec soin toutes les circonstances qui favorisent ou empêchent les déplacements de cause traumatique, et cela le conduit à passer en revue les diverses théories qui ont été invoquées pour expliquer le mécanisme de ces déplacements.

Les articles suivants sont consacrés à l'étude générale des symptômes, des complications, et surtout du traitement des luxations du coude. A ce propos, l'auteur expose avec le plus grand soin les indications de la réduction aux diverses époques, les obstacles qui s'y op-

posent, et les nombreux moyens qui ont été mis en usage pour en triompher.

Votre commission vous signale tout particulièrement les longues recherches historiques que M. Denucé a consignées dans sa thèse et la saine critique qui y a présidé. Ici encore la tâche de M. Denucé a été plus étendue et plus difficile que celle de son compétiteur, parce que les luxations du coude ont été décrites tant bien que mal depuis la plus haute antiquité, tandis que les fractures de l'extrémité inférieure du fémur n'ont été jugées dignes d'une mention spéciale que depuis le commencement de ce siècle. L'érudition de M. Trélat n'a donc pas pu se déployer aussi librement que celle de M. Denucé; et, tout en reconnaissant que les deux candidats ont dignement rempli leur tâche d'historiens, nous devons ajouter que les difficultés plus grandes surmontées par M. Denucé établissent de son côté une supériorité réelle.

M. Trélat a donné place dans sa thèse à dix observations inédites, dont plusieurs ont été recueillies par lui-même et dont les autres lui ont été communiquées. Il n'a pas jugé nécessaire de reproduire les observations antérieures qui avaient, pour la plupart, été rassemblées quelques années auparavant par M. Malgaigne ; il s'est contenté d'en présenter l'ensemble dans un tableau synoptique. Les faits inédits consignés dans la thèse de M. Denucé sont beaucoup moins nombreux ; mais, en revanche, l'auteur a extrait des recueils scientifiques plus de soixante observations choisies parmi les plus importantes, en donnant plus particulièrement la préférence à celles qui sont accompagnées d'autopsie. Une foule d'autres faits de moindre valeur ont été simplement mentionnés dans le texte. Jusqu'ici aucun auteur n'avait pris la peine de rassembler sur cette question une pareille masse de faits, et le travail de M. Denucé devra être consulté désormais par tous ceux qui écrivent sur les luxations du coude.

Telles sont, messieurs, les deux thèses importantes sur lesquelles nous appelons particulièrement votre attention. MM. Denucé et Trélat ont rendu l'un et l'autre service à la science. L'un et l'autre ils ont suivi la voie qui conduit au véritable progrès ; l'un et l'autre, enfin, ils sont dignes de vos encouragements et de vos éloges. Notre choix a pu rester un instant indécis entre eux. Cependant, considérant que M. Denucé a fait preuve d'une érudition plus étendue, exécuté une œuvre plus longue et plus difficile, montré un esprit plus méthodique et doté la science d'un travail plus utile, votre commission a l'honneur de vous proposer, à l'unanimité, de décerner le prix Duval à M. Paul Denucé, *aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris;*

et d'accorder une mention honorable à M. Ulysse Trélat, *aide d'anatomie à la même Faculté.*

La Société adopte les conclusions de ce rapport.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.



FIN DU TOME CINQUIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

A

B

C

I

J

K

L

M

N